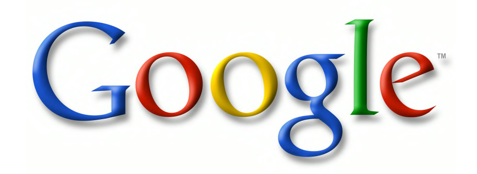


FUR
LE
UND
APHIE

ZEITSCHRIFT

FÜR

SOZIALE MEDIZIN

MEDIZINALSTATISTIK, ARBEITERVERSICHERUNG, SOZIALE HYGIENE UND DIE GRENZFRAGEN DER MEDIZIN UND VOLKSWIRTSCHAFT.

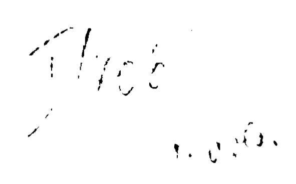
HERAUSGEGEBEN VON

A. GROTJAHN UND F. KRIEGEL
Dr. med. Dr. phil.

ERSTER BAND.



LEIPZIG.
VERLAG VON F. C. W. VOGEL.
1906.



Inhaltsverzeichnis des ersten Bandes.

Erstes Heft.

Zweites Heft.

Drittes Heft.



Viertes Heft.

Vorwort.

Mit diesem Hefte ist unsere Zeitschrift aus dem Verlag von Gustav Fischer in Jena in denjenigen von F. C. W. Vogel in Leipzig übergegangen und erscheint nunmehr als

„Archiv für Soziale Medizin und Hygiene“
Neue Folge der Monatsschrift für soziale Medizin.

Ihre bisherige Tendenz wird unsere Zeitschrift auch als Archiv beibehalten, nämlich auf der einen Seite in ärztlichen Kreisen das Interesse für die allgemeinen sozialen Aufgaben zu wecken und zu kräftigen, andrerseits den Nichtärzten vorzuführen, was innerhalb der ärztlichen Wissenschaft und Praxis für die allgemeine Wohlfahrt und Gesundheit der breiten Massen geschieht. Im übrigen verweisen wir auf unseren Einführungsartikel im 1. Heft des 1. Jahrganges, welcher über das Programm der Zeitschrift ausführlich Aufschluß gibt.

Als eine höchst wichtige Bereicherung dürfen wir anführen, daß nachstehende Gesellschaften und Vereine ihre Unterstützung dem „Archiv für Soziale Medizin und Hygiene“ in der Weise zugesagt bzw. in Aussicht gestellt haben, daß sie ihre Mitteilungen, Berichte, Einladungen in unserer Zeitschrift veröffentlichen werden.

Es sind dies vorläufig die folgenden Gesellschaften:
Bund Deutscher Bodenreformer,
Zentrale für private Fürsorge in Frankfurt a. M.
Deutsches Zentral-Komitee zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke,
Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten,
Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums,
Deutsche Gesellschaft für Volksbäder,

Deutscher Samariterbund,
Deutscher Verein für Gasthausreform,
Allgemeiner Deutscher Zentral-Verband zur Bekämpfung des Alkoholismus,
Deutscher Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke,
Deutscher Verein für Volkshygiene,
Gesellschaft zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit,
Gesellschaft für Soziale Reform,
Internationaler Verein zur Reinhaltung der Flüsse, des Bodens und der Luft,
Komitee für Krebsforschung,
Verein „Reichs-Wohnungsgesetz".
Verein der Berliner Armenärzte.

Wir glauben mit diesen Veröffentlichungen eine wertvolle Neuerung geschaffen zu haben und werden bemüht sein, mit der Zeit eine Zentralisierung der Nachrichten aller sozialmedizinischen und sozialreformerischen Gesellschaften und Vereine in unserem Blatte herbeizuführen. Wir hoffen, daß das Archiv durch diese Erweiterung namentlich Behörden, Verwaltungsbeamten und Aerzten besonders nützlich sein wird.

In dieser Weise will das „Archiv für Soziale Medizin und Hygiene" bestrebt sein, als Sammelstelle der Bearbeitung aller Fragen auf sozialmedizinischem und sozialhygienischem Gebiete, die es in wissenschaftlicher, forschender und feststellender Form berücksichtigt, wesentlich zur Hebung des allgemeinen Kulturzustandes von Staat und Gesellschaft beizutragen.

Das Archiv erscheint in zwanglosen Heften, von denen 4 einen Band von 24 Bogen bilden.

Einsendung von Originalarbeiten, Berichten usw. wird von den Herausgebern erbeten.

Hamburg, Oktober 1904.

Dr. M. Fürst,
Dr. K. Jaffé.

Die Verschlechterung der Ernährungsverhältnisse der Arbeiterklasse in den letzten Jahren.

Von PAUL MOMBERT, Karlsruhe i. B.

Zu den für die Arbeiterfrage und die soziale Hygiene gleich wichtigen Fragen gehört die Lebenshaltung der unbemittelten Klassen und deren Entwicklung: im engeren Sinne, die Ernährungsverhältnisse derselben. In Ermanglung sicherer Grundlagen läßt sich für längere Zeiträume zurück über die Entwicklung derselben kaum etwas mit Sicherheit aussagen, wenigstens nicht allgemein, während vielleicht, wie es neuerdings Lichtenfelt[1]) unternommen hat, für enger begrenzte Gebiete sich genauere Ergebnisse erzielen lassen. Auch die Benutzung älterer Arbeiterbudgets zu diesem Zwecke, nach dem Vorgange Grotjahn's,[2]) unterliegt manchen Bedenken, auf die jedoch hier im einzelnen nicht eingegangen werden soll.

Auch eine alleinige Betrachtung der Entwicklung der Arbeitslöhne genügt dazu nicht; gleichzeitig muß die Preisentwicklung der wichtigsten Bedarfsartikel betrachtet werden. Aber auch dann wäre noch ein wichtiger Faktor unberücksichtigt gelassen. Man darf nicht vergessen, daß der Bedürfniskreis, auch der unbemittelteren Schichten, nach den verschiedensten Seiten hin eine Ausdehnung erfahren hat, daß also mit dem gestiegenen Lohne eine größere Zahl von Bedürfnissen gedeckt werden müssen, als in vergangenen Zeiten.

So ist es ungemein erschwert, wenn nicht gar nach dem jetzigen Stande des zu Gebote stehenden Materials ausgeschlossen, über die oben angedeutete Frage, heute zu einem abschließenden Urteil zu gelangen.

---

[1]) H. Lichtenfelt. Ueber Lebensmittelverbrauch, dessen Geldwert und Lohnhöhe in Bonn während der Jahre 1809—1903. Bonn 1903.

[2]) Grotjahn. Ueber Wandlungen in der Volksernährung. Leipzig 1902.

Weit leichter ist die Frage jedoch für weniger fern abliegende Zeiten zu beantworten und um so leichter je größere, also um so deutlicher wahrnehmbare Verschiebungen in den Ernährungsverhältnissen eingetreten sind.

Im höchsten Grade gilt dies für die Jahre 1900 ff., die als Zeiten einer niedergehenden Konjunktur oder, wie andere wollen, als solche einer Krise, in weiten Kreisen des deutschen Volkes, eine bedeutendere Verschlechterung der Einkommensverhältnisse, herbeigeführt haben. Auch ohne genauere statistische Belege ist es klar, daß in einer solchen Zeit die Ernährung sich verschlechtern muß.

Was aber in diesen Jahren noch besonders hier in Betracht gezogen werden muß, ist dies, daß, unabhängig von den „Störungen im deutschen Wirtschaftsleben“, eine starke Steigerung der Fleischpreise bekanntlich stattgefunden hat, die natürlich die an und für sich schlimmen Folgen sinkender Löhne und großer Arbeitslosigkeit noch stark steigern mußte.

In um so höherem Grade müssen derartige Erscheinungen verschlechternd auf die Ernährung einwirken, um je unbemitteltere Kreise es sich handelt, da hier am allerwenigsten Spielraum vorhanden ist, um zugunsten der Ernährung im Haushalt an anderen Dingen zu sparen.

Diese auf der Hand liegende Tatsache wird auf das klarste durch eine Untersuchung veranschaulicht, welche der Gewerbeinspektor Laurisch in Kottbus angestellt hat:[1])

Es handelte sich um den Betrag, welchen Arbeiterfamilien für Essen und Trinken pro Kopf der Familie ausgeben können. Es ergab sich dabei folgende Ausgabe pro Kopf und Woche:

in	einer	Familie	mit	2	Personen	M.	6,60
„	„	„	„	3	„	„	4,40
„	„	„	„	4	„	„	3,45
„	„	„	„	5	„	„	2,80
„	„	„	„	6	„	„	2,60
„	„	„	„	7	„	„	2,18
„	„	„	„	8	„	„	2,05
„	„	„	„	9	„	„	2,00
„	„	„	„	10	„	„	1,80

[1]) Entnommen: Calwer, Das Wirtschaftsjahr 1902. I. Teil. Jena 1903, S. 245. Vgl. auch dazu den Aufsatz Hirschfeld's in dieser Zeitschrift H. 1 u. 2. Ueber den Verbrauch an den wichtigsten Nahrungsmitteln unter den verschiedenen sozialen Verhältnissen in Deutschland, besonders die Tab. S. 15.

Man erkennt deutlich, wie wenig die Ausgabe für Ernährung vom physiologischen Nahrungsbedürfnis beeinflußt wird, wie vielmehr der auf einen Kopf verfügbare Einkommensanteil eine unübersteigbare Grenze zieht. Man sieht aber auch, wie sehr ein Rückgang des Lohnes oder ein Steigen der Lebensmittelpreise, wenn auch nur um wenige Pfennige, eine Verschlechterung der Ernährung herbeiführen muß.

Zunächst einige Angaben über das Sinken der Löhne:

Es betrug z. B. der durchschnittliche Lohn eines Bergarbeiters in M. in[1])

im Jahre	Ruhrbezirk	Saarbezirk (Staatswerke)	Oberschlesien
1899	1255	1019	801
1900	1332	1044	877
1901	1224	1042	872
1902	1131	1053	820
1903	1205	1068	832

Die gegebenen Zahlen beziehen sich im Ruhrbezirk auf 220031, im Saarbezirk auf 40303 und in Oberschlesien auf 48425 Arbeiter (Jahr 1900).

Beim allgemeinen Knappschaftsverein in Bochum, der im Jahre 1900 235226 Mitglieder zählte, hatten unter 100 Arbeitern[2]) einen Lohn von

im Jahre	unter M. 2,60	M. 2,60—3,80	M. 3,80—5,00	M. 5,00 u. mehr
1899	6,7	20,7	28,4	44,2
1900	5,9	17,7	24,4	52,0
1901	6,8	20,0	28,9	44,3
1902	7,8	20,9	39,6	31,7

Bei der Gelsenkirchener Bergwerksaktiengesellschaft, die im Jahre 1901 21111 Arbeiter beschäftigte, war vom Jahre 1900 auf 1901 der durchschnittliche Jahresverdienst eines Mannes von 1410 auf 1330 M. heruntergegangen.[3]) Daß auch in sehr vielen anderen Industrien, wenn auch nicht in allen, ebenfalls die Löhne herabgegangen sind, ist bekannt. Es erübrigt sich deshalb noch weitere Zahlen dafür anzugeben.

Gleichzeitig mit dem Fallen der Löhne stieg die Arbeitslosigkeit; ein Bild davon geben die Berichte der Arbeitsnach-

[1]) Reichsarbeitsblatt 1903, S. 106.
[2]) Reichsarbeitsblatt 1903, S. 106.
[3]) Bericht für die Ausstellung in Düsseldorf 1902.

weise und die von den Arbeiterorganisationen gezahlten Arbeitslosenunterstützungen. Bei den öffentlichen Arbeitsnachweisen, die an den „Arbeitsmarkt“ berichteten, kamen auf 100 offene Stellen Arbeitsuchende: im Monat [1])

Jahr	Mai	Dezember
1899	98,9	131,2
1900	106,6	187,9
1901	145,9	240,6
1902	172,0	203,9

In den freien Gewerkschaften wurden, pro Kopf der Mitglieder berechnet, an Arbeitslosenunterstützung gezahlt: [2])

	im Jahre M.		
Bei den	1899	1901	1902
Bildhauern	8,97	19,72	23,57
Buchdruckern	6,04	16,59	17,70
Handschuhmachern	2,20	20,60	16,18
Kupferschmieden	2,44	7,04	9,57
Lithographen	1,85	4,01	7,07
Zigarrensortierern	4,26	10,75	10,45

Hand in Hand mit dieser allseitigen Verschlechterung der wirtschaftlichen Verhältnisse, besonders der Arbeiterschaft, ging dann, aber unabhängig davon, ein starkes Steigen der Fleischpreise. Auch hierfür wenige Zahlen:

In 165 Marktorten der preußischen Monarchie kosteten in Pfennigen: [3])

in d. Jahren	1 Kilo Rind-, Fleisch	Schweine-, Fleisch	Hammel-, Fleisch	Kalb- Fleisch	1 Kilo Butter	1 Schock Eier
1891/95	125	130	117	121	219	359
1896/00	125	129	123	123	216	382
1901	127	138	128	128	227	388
1902	131	148	133	132	226	386

Betrachtet man die Verhältnisse in einer Reihe größerer Städte, so ergibt sich nach den Angaben des Statistischen Jahrbuchs deutscher Städte folgendes Bild [4]):

[1]) Sch. d. V. f. Sp. Die Störungen im deutschen Wirtschaftsleben während der Jahre 1900 ff., Bd. V, Die Krisis auf dem Arbeitsmarkte 1903, S. 1.

[2]) Zusammengestellt nach den Angaben im Correspondenzblatt der Generalkommission der Gewerkschaften Deutschlands. Jahrgänge 1900—1903.

[3]) Zeitschrift des Königl. preuß. statistischen Bureaus.

[4]) Bd. XI 1903 S. 419 ff. Nach den hier angegebenen Preisen ist in obiger

Es kosteten dort 1 Kilo in Pfennigen

in den Jahren	Rindfleisch (Bauch)	Schweinefleisch	Kalbfleisch	Hammelfleisch	inländ. Speck (geräuchert)
1896	—	124	136	129	158
1897	121	136	137	130	160
1898	122	144	141	131	168
1899	124	138	144	131	167
1900	125	135	144	133	162
1901	126	143	145	137	168
1902	128	154	148	137	178

Die Wirkung dieses Zusammentreffens sinkender Löhne, starker Arbeitslosigkeit mit steigenden Fleischpreisen, das seinen Höhepunkt in den Jahren 1901 und 1902, vornehmlich im letzteren, erreicht hatte, zeigte sich in einem beträchtlichen Rückgang des Fleischkonsums. Ein Bild von dem Grade, in dem dieses eintrat, gibt schon eine Betrachtung des Rückganges der Schlachtungen.

Auf 51 Schlachthöfen, von welchen die allgemeine Fleischerzeitung berichtete, war im ersten Halbjahr 1902 gegen den gleichen Zeitraum des Vorjahres die Zahl der Schweineschlachtungen um 197 214 Stück d. h. um etwa $11^1/_2$ Proz. zurückgegangen; und dies trotz der Zunahme der Bevölkerung und trotz des Einfuhrverbots von Büchsenfleisch und Würsten.[1]) Dagegen hatte im engsten Zusammenhang natürlich damit die Anzahl der Pferdeschlachtungen eine starke Zunahme erfahren.[1]) So hatte sie zugenommen in:

Beuthen in Oberschlesien	um	200	Proz.
Rostock	„	80	„
Brandenburg	„	72	„
Frankfurt a. M.	„	50	„
Schweidnitz	„	50	„
Barmen	„	44	„
Würzburg	„	40	„
Kaiserslautern	„	39	„
Wiesbaden	„	38	„
Leipzig	„	37	„
Königsberg	„	37	„

Tabelle der Durchschnitt aus 14 bzw. 15 Städten berechnet. Da es sich um die Ernährungsverhältnisse der unbemittelten Schichten handelt, sind nur die billigeren Fleischsorten (Bauch usw.) berücksichtigt worden.

[1]) Zitiert nach dem „Arbeitsmarkt" 1. Okt. 1902, S. 12.

Auch für den Rückgang des Fleischverbrauchs stehen direkte Zahlen zu Gebote.

So war im Königreich Sachsen der Gesamtverbrauch auf den Köpf der Bevölkerung an [1]):

in den Jahren	Rindfleisch kg	Schweinefleisch kg
1898	15,0	25,9
1899	15,4	27,9
1900	15,2	27,9
1901	14,9	25,9
1902	15,5	25,3

Noch deutlicher und in noch stärkerem Grade zeigt sich die Abnahme in einer Reihe größerer Städte, wie aus folgende Zusammenstellung hervorgeht: [2])

Kopfanteile des Fleisch- und Bierverbrauchs.

Jahr	München	Dresden	Leipzig	Mannheim	Stuttgart	München	Dresden
	Fleisch (Kilo)					Bier (Liter)	
1891	82,7	69,4	49,1	—	68,6	416	234
1892	78,9	65,8	47,9	—	67,9	426	240
1893	82,6	68,6	52,0	—	72,4	400	231
1894	76,8	69,7	54,9	—	68,3	391	227
1895	77,7	69,5	54,8	—	66,3	425	234
1896	82,2	76,3	60,4	—	64,4	401	232
1897	81,7	72,4	62,5	—	63,8	395	232
1898	79,2	71,5	62,1	—	62,7	391	231
1899	81,8	72,3	65,1	62,0	66,5	364	224
1900	81,8	72,2	66,0	67,9	68,9	356	220
1901	78,5	69,8	63,4	64,6	65,8	341	205
1902	75,9	65,9	62,3	60,2	63,2	298	189

In Berlin (mit 8 km Umkreis) betrug der Konsum pro Kopf an Fleisch:

1899	76,64	kg
1900	81,00	„
1901	80,34	„
1902	75,09	„

Der Rückgang des Bierkonsums, so erfreulich er auch ganz allgemein betrachtet ist, zeigt, wie sehr an entbehrlicheren Artikeln

[1]) Kalender und Statistisches Jahrbuch für das Königreich Sachsen auf das Jahr 1904, S. 73.

[2]) Diese Tabelle ist dem Aufsatze Dr. Singer's „Der Verbrauch“ in dem genannten Bande d. V. f. Sp. S. 238 entnommen.

gespart worden ist, um den bisherigen Nahrungsstand behaupten zu können. Daß dies nicht gelungen ist, ging aus dem bisher Gesagten hervor.

Dr. Singer wirft (a. a. O. S. 240) die Frage auf, durch welch andere billigere Nahrungsmittel der Ausfall an Fleisch wohl ersetzt worden ist.

Die Angaben über den Verbrauch vegetabilischer Nahrungsmittel sind, worauf Singer auch hinweist, äußerst spärliche.

Während z. B., wie gezeigt, in Dresden vom Jahre 1900—1902 ein sehr starkes Sinken des Fleischverbrauchs eintrat, hat der Konsum an Mehl und Backwerk, wider alles Erwarten auch eine fallende Tendenz aufzuweisen; und doch hätte man geglaubt, daß der geringere Verbrauch an Fleisch durch einen größeren an Brot ausgeglichen worden wäre. Es entfiel in Dresden auf 1 Einwohner ein Verbrauch von Mehl und Backwerk überhaupt [1])

im Jahre	kg
1899	114,47
1900	113,51
1901	113,75
1902	112,54

Dagegen scheint als Ersatz dafür der Kartoffelverbrauch stark gestiegen zu sein. Zahlen stehen hier nur für Berlin zu Gebote [2]). Dort betrug der Konsum an Kartoffeln pro Kopf der Bevölkerung in den Jahren

1895	79,70	kg
1896	72,59	„
1897	80,29	„
1898	74,11	„
1899	67,77	„
1900	74,14	„
1901	73,16	„
1902	83,93	„

Die Berliner Statistik zeigt, daß gleichzeitig mit dem Rückgang des Fleischkonsums infolge der wirtschaftlichen Not auch der Verbrauch an anderen entbehrlicheren Lebensbedürfnissen stark zurückgegangen ist (a. a. O.).

[1]) Statistisches Jahrbuch der Stadt Dresden, Jahrg. 1902 S. 145.
[2]) Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin, 27. Jahrg. 1903 S. 315.

So konsumierte die Bevölkerung pro Kopf: kg

in den Jahren	Obst, Gemüse und Pflanzen	Wein	Kaffee, Surrogate, Tee. Kakao	Spiritus, Branntwein, Essig
1899	52,18	8,91	7,35	10,61
1900	62,96	10,20	7,04	14,76
1901	63,29	9,47	6,70	15,82
1902	60,81	9,05	6,06	9,01

So ergibt sich aus dem Gesagten, in welchem Maße sich in den letzten Jahren die Ernährungsverhältnisse der unbemittelten Schichten verschlechtert haben. Dabei bleiben die oben mitgeteilten Angaben zweifellos hinter der Wirklichkeit zurück. Denn für die Beurteilung der Größe und der Entwicklung des Konsums stehen nur Durchschnittsziffern zur Verfügung, deren Sinken wir uns rechnungsmäßig in der Weise zu erklären haben, daß in den wohlhabenderen Schichten kein Rückgang im Konsum eingetreten ist, dagegen in den unteren Klassen ein weit größerer als aus den Durchschnittszahlen hervorgeht. In welchem Grade dieser Rückgang im Fleischverbrauch auf die gestiegenen Fleischpreise, in welchem Grade auf die wirtschaftliche Notlage infolge der Krise zurückzuführen ist, läßt sich zahlenmäßig nicht feststellen; jedenfalls haben beide Erscheinungen zusammengewirkt.[1])

Zweifellos ist dieser Rückgang in der Ernährung nur eine vorübergehende Erscheinung gewesen; wenn auch noch keine Zahlen dafür vorliegen, so gibt es doch bereits eine Reihe sicherer Anhaltspunkte dafür, daß sich die Ernährungsverhältnisse bereits im Jahre 1903 wieder gebessert haben.

---

[1]) Eine eingehendere Behandlung der hiermit zusammenhängenden Fragen, vor allem des Ernährungsstandes der deutschen Arbeiterschaft und des Einflusses einer unzureichenden Ernährung auf die Gesundheit, habe ich in einem Aufsatz über „Nahrungswesen“ versucht, der demnächst im „Handbuch der Hygiene“, herausgegeben von Dr. Theodor Weyl, Supplementband IV erscheinen wird.

Ueber die gesundheitliche Lage der im Außendienst beschäftigten Straßenbahner (Führer und Schaffner).

(Mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse bei der Hamburger Straßenbahn-Gesellschaft.)

Von Dr. MORITZ FÜRST in Hamburg.

Wenn die Gewerbehygiene die Aufgabe hat, die Schäden der verschiedensten Arten gewerblicher Lohnarbeiter festzustellen, um sie durch geeignete Maßnahmen möglichst auszugleichen, so darf sie bei der stetigen Ausbreitung der Klein- und Straßenbahnen und dem infolgedessen immer größeren Zuströmen von Arbeitermassen zum Transportgewerbe an der gesundheitlichen Lage der Straßenbahner nicht gleichgültig vorbeigehen. Veranlaßt durch unseren verdienten Hamburger Sozialpolitiker Dr. S. Heckscher habe ich mir die Aufgabe gestellt, Untersuchungen über die gesundheitliche Lage der im Außendienst beschäftigten Straßenbahner zu unternehmen. Die Beschränkung auf die Kategorie der im Außendienst beschäftigten Angestellten der Straßenbahn (Schaffner, Führer) schien mir geboten, da es sich doch nur darum handeln kann, spezifische gewerbliche Krankheiten zu eruieren. Die auf den Bureaus, in den Werkstätten etc. angestellten Arbeiter und Beamten unterliegen nicht Schädlichkeiten, die man als spezifisch für das Straßenbahn-Gewerbe ansehen könnte. Die geringe Zahl der relativ besser gestellten Kontrolleure darf unberücksichtigt bleiben.

Die Hygiene der Eisenbahnbeamten hat bereits eine unendlich umfangreiche Literatur gezeitigt. U. a. möchte ich nur an das unlängst erschienene bedeutende Werk von Brähmer-Schwechten (Jena, Verlag von Gustav Fischer) erinnern. Die Hygiene der Straßenbahner hat dagegen zu einer einheitlichen, umfangreichen Darstellung noch nicht Anlaß gegeben. Die Schriften des Vereins für Sozialpolitik geben allerdings in den Untersuchungen über die Lage der Angestellten und Arbeiter in den Verkehrs-

gewerben (Bd. 22, Leipzig 1902, Verlag von Duncker u. Humblot) einiges Material, das wir bei der vorliegenden Arbeit nicht unbenützt lassen dürfen. Paul Mombert bespricht die einschlägigen Düsseldorfer Verhältnisse, Hampke beleuchtet diejenigen von Posen. Ueber die Münchener Straßenbahner hat K. H. Döscher in diesem Bande geschrieben, F. Deichen über die Berliner. Mehr oder weniger sehen wir in diesen Arbeiten auch die hygienischen Verhältnisse gestreift, speziell finden wir nicht unwichtige Angaben über die Arten der vorkommenden Erkrankungen und über Wohlfahrtseinrichtungen für die Angestellten. Wir kommen im weiteren Verlaufe der Arbeit auf diese Quellen häufiger zurück.

Meine eigenen Studien über die gesundheitliche Lage der im Außendienst beschäftigten Straßenbahner beruhen vor allem auf einem Material, das die Direktion der Straßenbahn-Gesellschaft in Hamburg mir auf mein Ansuchen zu überlassen die große Güte hatte. Ferner danke ich Herrn F. Himpel, dem Geschäftsleiter des Zentral-Verbandes der Handels-, Transport- und Verkehrs-Arbeiter Deutschlands (Verwaltung Hamburg-Altona-Wandsbeck) wichtige Mitteilungen für mein Thema. Auch eine Anzahl von Aerzten der Betriebs-Krankenkasse der Hamburger Straßenbahnen haben meine Anfragen bereitwilligst beantwortet. Allen diesen Förderern meiner Arbeit sage ich hiermit meinen verbindlichsten Dank.

Die wirtschaftliche Seite der vorzunehmenden Untersuchung läßt sich — wie so oft — auch in diesem Falle von der sozialmedizinischen nicht trennen. Wenn wir erfahren wollen, welchen Schädlichkeiten, welchen Erkrankungen die Straßenbahner ausgesetzt sind, wenn wir Mittel und Wege finden und angeben wollen, wie diesen Schädlichkeiten und Krankheiten zu begegnen ist, so müssen wir zunächst wissen, aus welchem Menschenmaterial stammen die Straßenbahner, wie ist ihre ökonomische Lage usw.

Zwei Aerzte der Betriebs-Krankenkasse der Straßenbahn-Gesellschaft in Hamburg, die Herren Dr. Kellner und Dr. Taubmann beziehen den verhältnismäßig guten Gesundheitszustand der Straßenbahner auf die Herkunft derselben und ihre ökonomische Lage. Kollege Kellner schreibt: „Der Gesundheitszustand der bei der Straßenbahn Angestellten ist im ganzen ein guter. Die Untersuchung bei der Aufnahme wird genau genommen, wir haben fast nur gediente Leute und auch nicht viele Alte.“ Kollege Taubmann nimmt an, daß bei Schaffnern und Führern Berufskrankheiten überhaupt nicht vorkommen. „Es liegt wohl

Tabelle I. Früherer Beruf der Schaffner und Führer.

(Zusammengestellt im März 1903) Beruf	Schaffner Sa.	Führer Sa.	Beruf	Schaffner Sa.	Führer Sa.
Arbeiter	114	145	Landmann	16	5
Buchbinder	—	1	Lokomotivführer	1	1
Bildhauer	1	—	Lederarbeiter	1	1
Brauer	2	—	Maschinist	—	1
Bote	5	—	Maurer	3	8
Barbier	3	2	Maler	6	2
Bäcker	40	27	Militäranwärter	8	1
Bergmann	1	1	Müller	9	5
Beerdigungsübernehm.	1	—	Meierist	2	4
Bleicher	2	—	Musiker	3	4
Buchdrucker	3	—	Nieter	1	—
Commis	37	12	Notenschreiber	—	1
Conditor	6	—	Posteleve	2	—
Chauseewärter	1	—	Postillon	2	—
Cigarrenmacher	—	2	Postbote	1	—
Diener	23	6	Posamentier	—	1
Drechsler	3	—	Reitknecht	4	2
Dachdecker	1	—	Seemann	9	6
Essigfabrikant	1	—	Sattler	11	4
Eisenbahnschaffner	2	—	Seiler	1	—
Eisengießer	1	—	Schornsteinfeger	—	1
Elektromonteur	—	1	Schreiber	2	5
Former	1	—	Schlachter	37	17
Förster	1	—	Schuster	40	25
Gärtner	34	9	Schlosser	7	4
Glaser	1	—	Schmied	12	20
Graveur	1	—	Schutzmann	19	4
Gerber	3	3	Schneider	9	4
Gastwirt	3	—	Schiffer	3	1
Gestütswärter	1	—	Schäfer	1	—
Hausknecht	57	49	Stellmacher	8	7
Heizer	—	3	Steindrucker	1	2
Händler	18	5	Steward	1	—
Hutmacher	2	—	Steinhauer	1	1
Jollenführer	1	—	Tischler	11	14
Kuhhirte	—	2	Tapezierer	5	4
Klempner	1	4	Töpfer	2	2
Knecht	186	249	Stukkateur	—	1
Küfer	1	2	Uhrmacher	1	—
Kutscher	90	120	Verwalter	3	4
Kellner	19	6	Vorspänner	2	6
Krämer	14	8	Vergolder	1	—
Korbmacher	3	2	Wärter	33	16
Kanzlist	2	—	Waffenschmied	1	—
Kupferschmied	1	—	Wächter	1	—
Kürschner	1	1	Weinküfer	1	—
Koch	2	—	Zugführer	1	1
Kaufmann	9	1	Ziegler	6	2
Lagermeister	1	—	Zimmermann	6	6
Lehrer	2	—			

daran, daß nur ganz gesunde, junge kräftige Leute eingestellt werden, die, bei sehr ausreichendem Lohne, im allgemeinen recht

gut leben, und deren Dienstzeit durch mehrere Freistunden pro Tag nicht lang und auch keine anstrengende ist.“

Ueber die Herkunft der Straßenbahner aus den anderen Gewerben und Berufsarten belehrt am besten die vorstehende Tab. I, die mir die Direktion der hiesigen Straßenbahn freundlichst zur Verfügung gestellt hat.

Wir entnehmen dieser Tabelle in der Tat, daß der Ersatz der Schaffner und Führer ein guter ist. Auch die im Eingang erwähnten Autoren, die in den Schriften des Vereins für Sozialpolitik über die Lage der Straßenbahner berichten, weichen in ihren die Herkunft des Personals und das Alter derselben betreffenden Angaben nicht von dem Inhalt unserer Tabelle ab.

Speziellere Angaben über das Alter der Straßenbahn-Angestellten finden wir in der Tabelle II, die ebenfalls auf Veranlassung der hiesigen Direktion zusammengestellt ist.

Tabelle II. Lebensalter zur Zeit des Dienstantritts bei der Gesellschaft.

Jahre	Schaffner	Führer	Jahre	Schaffner	Führer	Jahre	Schaffner	Führer
15	1	—	27	79	58	39	9	3
16	—	1	28	81	63	40	11	2
17	1	3	29	82	59	41	4	5
18	5	3	30	62	51	42	2	7
19	1	4	31	61	53	43	1	1
20	8	5	32	52	48	44	4	—
21	13	8	33	56	31	45	2	1
22	37	37	34	50	27	46	1	3
23	60	76	35	28	27	47	—	1
24	77	87	36	17	6	48	—	—
25	77	86	37	16	8	49	—	1
26	88	86	38	9	3	50	1	—

Jetziges Lebensalter.

Jahre	Schaffner	Führer	Jahre	Schaffner	Führer	Jahre	Schaffner	Führer
22	—	2	38	62	31	54	8	4
23	—	10	39	55	29	55	4	2
24	1	23	40	46	22	56	3	6
25	3	33	41	37	15	57	3	4
26	12	44	42	33	9	58	3	2
27	17	65	43	28	12	59	2	2
28	29	54	44	17	12	60	—	3
29	35	54	45	19	9	61	—	—
30	46	55	46	17	4	62	3	1
31	52	49	47	11	4	63	—	—
32	59	35	48	10	3	64	1	—
33	77	60	49	12	3	65	1	—
34	60	42	50	10	4	66	—	—
35	77	44	51	6	6	67	—	—
36	57	57	52	3	4	68	1	1
37	70	30	53	6	5			

Ueber die Einkommensverhältnisse ihrer Angestellten hat mir die Direktion der Hamburger Straßenbahn-Gesellschaft Angaben verweigert, da — wie sie mir schreiben läßt — Veröffentlichungen dieser Art nur zu oft zu Mißverständnissen und Mißbrauch Anlaß geben. Ich muß gestehen, daß ich diesen Standpunkt der Direktion nicht teilen kann. Sie mußte sich doch sagen, daß ich von der Seite der Arbeitnehmer die betreffenden Angaben sehr leicht erlangen konnte, daß bei den verschiedenen Streiks der Straßenbahn-Angestellten das einschlägige Material von der Tagespresse vielfach verarbeitet worden ist, und daß in der vorhandenen Literatur überall Rücksicht auf die Einnahmen der Angestellten genommen ist. Wir bringen einige Angaben über die einschlägigen Lohnverhältnisse.

Für Düsseldorf sind die folgenden Lohnsätze bekannt (Mombert):

Täglicher Anfangsgehalt der Schaffner M. 3,00, der Führer M. 3,50, im zweiten Dienstjahre „ „ „ 3,30 „ „ „ 3,80, Steigerung von Jahr zu Jahr um je 10 Pf. bis zum Höchstgehalt der Schaffner M. 4,00, der Führer M. 4,50.

Für Berlin stellen sich nach einem mir durch Herrn Himpel übergebenen eigens für die Zwecke dieser Arbeit zusammengestellten Fragebogen die Einnahmen wie folgt:

Anfangsgehalt der Führer M. 90,30, der Schaffner M. 90,00 pro Monat. Das Gehalt steigt durch Zulagen bei den Führern und Schaffnern

nach		auf
1 Jahr	M.	95,00
3 Jahren	„	100,00
5 „	„	105,00
7 „	„	110,00
9 „	„	113,00
11 „	„	115,00
13 „	„	118,00
15 „	„	120,00
20 „	Alterszulage von M. 5,00.	

Die Trinkgelder werden geschätzt bei den Führern M. 2,00, bei den Schaffnern M. 20,00—35,00 pro Monat.

Für Hamburg ergeben sich die folgenden Angaben aus einem gleichartigen Fragebogen:

Anfangsgehalt der Führer und Schaffner M. 90,00.

Zulagen bei den Führern nach 3 Monaten M. 95,00
„ 12 „ „ 100,00. Steigerung von 3 zu 3 Jahren um M. 5,00 bis M. 130,00.

Dieselben Zahlen bei den Schaffnern. Steigerung bei dieser Kategorie von 4 zu 4 Jahren bis M. 115,00.

Das Höchstgehalt wird erreicht bei den Führern nach 19 Jahren, bei den Schaffnern nach 20 Jahren. Die Einnahme aus Trinkgeldern soll bei den Führern überhaupt nicht in Betracht kommen, bei den Schaffnern sich auf M. 15,00 im Durchschnitt monatlich belaufen. Dazu möchte ich aus eigener Erfahrung bemerken, daß den Führern seitens der Schaffner meistenteils gewohnheitsmäßig ein gewisser Prozentsatz der eingenommenen Trinkgelder zugeteilt wird.

Eine Steigerung der Einnahmen der Führer ist seit dem 1. Juli d. J. eingetreten, wie aus der folgenden Notiz des „Hamburgischen Correspondent“ vom 18. Mai d. J. hervorgeht:

Lohnerhöhung der Straßenbahnführer. Die Straßenbahn-Gesellschaft in Hamburg hat die Gehälter der Wagenführer vom 1. Juli d. J. ab abermals erheblich aufgebessert. Der Vorstand bringt das dem Personal durch eine Bekanntmachung zur Kenntnis, in der es heißt, daß diese Gehaltsneuregelung in Verfolg der mit dem Fahrpersonal-Beirat gehabten Besprechung über die Gehälter der jüngeren Motorwagenführer mit Zustimmung des Aufsichtsrats festgesetzt sei. — Die Lohnerhöhung kommt hauptsächlich den neueintretenden Leuten zugute, die bisher im Probemonat 80 M., dann drei Monate hindurch 90 M. und für den Rest des Jahres 95 M. erhielten; jetzt werden sie gleich mit 100 M. eingestellt, ein Gehalt, das sonst erst im zweiten und dritten Jahre bezahlt wurde. Nach der Neuordnung beginnt das Gehalt im zweiten Jahre mit 105 M. Die Lohnskala, die bisher alle drei Jahre eine Erhöhung von 5 M. vorsah bis zum Höchstbetrag von 130 M. pro Monat nach Ablauf von 18 Dienstjahren, ist nunmehr so geordnet, daß in den ersten Staffeln 5 M. mehr als ehedem gezahlt werden und vom 7. bis zum 18. Dienstjahr alle vier Jahre eine Steigerung erfolgt. Das Höchstgehalt ist das alte geblieben.

Diese verhältnismäßig gute Bezahlung der Straßenbahner in Hamburg muß aber zu den ganz besonders hohen Preisen der Lebenshaltung in dieser Stadt in Beziehung gesetzt werden. Günstig liegt die Wohnungsfrage insofern für die Hamburgischen Straßenbahn-Angestellten, daß sie außerhalb der Stadt in der Nähe des betr. Depots wohnen. Aus dem mir zugegangenen Fragebogen geht hervor, daß die größte Zahl des Personals Wohnungen von

subjektive Befriedigung des Versicherten bei der Invaliden- und Altersversicherung zugleich mit der Gewährung des objektiv Erforderlichen eintritt, bei der Unfallversicherung aber als überhaupt hoffnungslos gänzlich vernachlässigt werden darf. In beiden Versicherungsarten hat der ärztliche Begutachter sein Augenmerk nur auf den objektiven Tatbestand zu lenken, auf Grund dessen dann die Versicherungsstellen die Leistungen erstatten. Die Folge davon ist ein befriedigendes Funktionieren des Verwaltungsapparates, das schon jetzt nach wenigen Jahrzehnten des Bestehens der Versicherungsgesetzgebung zu konstatieren ist und sich nach weiteren Jahrzehnten voraussichtlich noch erheblich vervollkommnen wird.

Ganz anders verhält es sich mit der Krankenversicherung. Komplizierend wirkt hier zunächst der Umstand, daß es sich nicht wie bei der Unfallversicherung um einige wenige, dafür aber eingehende Gutachten, sondern um zahlreiche kurze, nicht selten Hunderte von Malen bei der nämlichen Person sich wiederholende Begutachtungen der Arbeitsfähigkeit usw. handelt. Die Anordnungen, die der Arzt bei der Behandlung und Beurteilung der erkrankten Kassenmitglieder trifft, müssen in jedem einzelnen Falle sowohl die objektive Notwendigkeit wie auch die subjektive Befriedigung des Patienten berücksichtigen. Auch hier wird natürlich das objektiv Notwendige durch den jeweiligen Stand des medizinischen Wissens und des ärztlichen Könnens bestimmt. Dagegen sind die subjektiv befriedigenden Leistungen außerordentlich fließender Natur, so daß es geboten ist, hier feste Schranken zu ziehen, wenn nicht eine Vergeudung von Geldmitteln Platz greifen soll. Als Lösungen dieser schwierigen Aufgabe bietet sich zunächst der Ausweg, die Mindestleistungen, die das Gesetz allen Kassen vorschreibt, grundsätzlich auf das objektiv Notwendige an ärztlicher Hilfe und Heilmitteln zu beschränken und die Befriedigung auch der bescheidensten subjektiven Bedürfnisse der jeder Kasse zustehenden freiwilligen Ausdehnung ihrer Leistungen zu überlassen. Dieser Weg würde vom verwaltungstechnischen und legislatorischen Gesichtspunkte aus natürlich der bequemste sein; leider ist er aus dem einfachen Grunde nicht gangbar, weil sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, in denen ärztliche Hilfe in Anspruch genommen wird, die ärztliche Maßnahme in einen objektiv notwendigen und subjektiv befriedigenden Teil nicht reinlich trennen läßt. Bei den meisten Arzneimitteln, die wir Ärzte verschreiben, ja selbst bei zahlreichen chirurgischen Eingriffen ist kaum von vornherein zu sagen, ob sie objektiv geboten und eine berechen-

bare Heilwirkung ausüben oder ob sie nur auf die subjektive Befriedigung des Individuums abzielen. Vielmehr ist die ganze ärztliche Behandlung darauf gerichtet, beiden Indikationen durch ein und dieselbe Maßnahme oder durch eine Gruppe einander ergänzender Maßnahmen gerecht zu werden. Der zuständige § 6 des geltenden Krankenversicherungsgesetzes hütet sich denn auch wohl, eine derartige Trennung vorzunehmen, indem er als Mindestleistungen außer dem Krankengelde „vom Beginn der Krankheit ab freie ärztliche Behandlung, Arznei, sowie Brillen, Bruchbänder und ähnliche Heilmittel“ zusagt. Diese dehnbaren Bestimmungen haben sich aber in der mehr als zwanzigjährigen Praxis nicht bewährt, sondern zu Auswüchsen geführt, die bei einer Umgestaltung unbedingt beseitigt zu werden verdienen. Man wird bei dieser Umgestaltung davon ausgehen müssen, daß man außer den objektiv notwendigen Leistungen zwar auch wichtige, auf die subjektive Befriedigung gerichtete konzedieren darf, daß man aber letztere genau umschreiben muß, damit es nicht mehr wie gegenwärtig passieren kann, daß für Bagatellsachen Mittel aufgebraucht werden, die nachher für die wichtigen Aufgaben fehlen. Zu den objektiv notwendigen Leistungen gehört 1. ein tunlichst hohes Krankengeld, 2. ärztliche Behandlung und 3. Heilmittel in allen ernsten Krankheitsfällen. Dagegen erscheint es von zweifelhaftem Nutzen, daß das Gesetz den Krankenkassen angewöhnt hat, den Versicherten sämtliche Hausmittel, Einreibungen, Bäder usw. gratis zu liefern. Diese Verpflichtung hat sehr viel dazu beigetragen, das Verhältnis zwischen Kassenarzt und Kassenpatient einerseits, zwischen Arzt und Kassenvorstand andererseits zu vergiften. Die Bewilligung dieser ganz auf Befriedigung der subjektiven Bedürfnisse der Bevölkerung gerichtete Anforderungen nach Hustenpillen, Bleichsuchtsmittel, Rheumatismus-Einreibungen, Milchlieferungen und Landaufenthaltsgewährung usw. würde sich nämlich gar nicht durchführen lassen, wenn nicht die Kassenvorstände mit allen möglichen kleinen Verwaltungstrics und besonders durch Druck auf den Arzt, nicht zu viel hiervon zu gewähren, die Gewährung indirekt einzuschränken oder zu verhindern wüßten.

Die Kassenärzte sind jetzt in der fatalen Lage, zwar alles bewilligen zu können, aber durch Kontrollmaßregeln, von dessen Lästigkeit man sich außerhalb der ärztlichen Kreise keine Vorstellung macht, doch in der Bewilligung nach Kräften gehindert zu sein.

Besonders verhängnisvoll hat die gesetzliche Verpflichtung zur

uneingeschränkten Lieferung von Heilmitteln gewirkt. Sie hat der kassenärztlichen Sprechstunde jede Würde geraubt. Es gehört z. B. nicht zu den Seltenheiten, daß den beschäftigten Kassenarzt in einer Sprechstunde 10—15 gesunde Personen, meistens weiblichen Geschlechts, aufsuchen, um sich ein Mittel gegen einen einfachen Erkältungshusten verschreiben zu lassen. Es ist natürlich ausgeschlossen, daß der Kassenarzt jeder dieser Personen eine gründliche Lungenuntersuchung angedeihen lassen kann: es wird also jedem ein Rezept eingehändigt, um das Wartezimmer so schnell als möglich zu leeren. Außer diesen harmlosen Erkältungen gibt es ja nun noch unzählige Arten der Unpäßlichkeit und des körperlichen Unbehagens, für die der kassenärztliche Apparat in Bewegung gesetzt wird. Leider gibt es noch keine Statistik, aus der das numerische Verhältnis der Bagatellsachen zu den ernsthaften Erkrankungen zu ersehen wäre. Der Schreiber dieser Zeilen nimmt auf Grund seiner früheren Erfahrungen als beschäftigter Berliner Gewerksarzt an, daß etwa drei Viertel aller Sprechstundenfälle ohne ärztliche Hilfe gesund werden und den Arzt gar nicht aufsuchen würden, wenn sie ihn honorieren oder die verschriebene Arznei oder wenigstens die Hälfte derselben zu bezahlen verpflichtet wären. Das großstädtische Kassenpublikum passiert das Sprechzimmer des Kassenarztes mit der nämlichen Leichtigkeit wie etwa eine öffentliche Bedürfnisanstalt. Die Folge ist, daß der ganze Betrieb verflacht und der Ernst und die Würde der ärztlichen Tätigkeit sich in die Krankenhäuser, Polikliniken, und zu jenen sich mehrenden Ärzten, die grundsätzlich keine Kassenpraxis betreiben, flüchtet. Übrigens entspricht die unbeschränkte Gewährung der Heilmittel keineswegs dem Grundgedanken jeder Versicherung, die doch die Abwälzung einer für das Individuum schwer erträglichen Last auf die Gesamtheit bezweckt. Es wird kaum jemand behaupten wollen, daß eine dem Arbeiterstande angehörige Person nicht imstande wäre, ihre Hausmittel, Hustenpillen, Einreibungen, Bäder usw. und eventuell auch die erste Konsultation, in der festzustellen wäre, ob es sich um eine Bagatellsache oder um eine wirkliche Krankheit handelt, aus eigener Tasche zu bezahlen. Daß die Beschränkung der Lieferung der Heilmittel auf Fälle von längerer und ernster Erkrankung ein vorzügliches Mittel sein würde, die Finanzen der Kasse zu sanieren, dem kassenärztlichen Dienst seine Würde wiederzugeben und das aus zahlreichen anderen Gründen dringend nötige System der freien Arztwahl zu ermöglichen, pflegt in den Kreisen der sachverständigen

Kassenbeamten und Ärzte[1]) bekannt zu sein. Leider ist diese Forderung so unpopulär, daß keine der augenblicklich miteinander hadernder Interessentengruppen der Ärzte oder der Kassenvorstände sie zu diskutieren wagt. Um so mehr ist es die Pflicht aller, die die junge Disziplin der sozialen Medizin nach sachlichen und wissenschaftlichen Grundsätzen pflegen, diese Forderung in die Diskussion zu werfen. Übrigens brauchte sich der Gesetzgeber kaum zu genieren, auf dem Gebiete der Heilmittellieferung die Leistungen der Krankenversicherung zu beschneiden, da er es ja in der Hand hat, auf der anderen Seite z. B. durch Einführung der freien Arztwahl oder der Familienversicherung die Leistungen zu erhöhen.

Das Recht, seinen Arzt frei zu wählen, ist für das Kassenmitglied natürlich auch nicht objektiv notwendig, gehört aber zu den für die subjektive Befriedigung äußerst wichtigen Leistungen. Denn weil der Beitritt zu einer Kasse nicht freiwillig sondern obligatorisch ist, so muß der Patient doch wenigstens die Möglichkeit haben, sich den Arzt seines Vertrauens wählen zu dürfen. Es trifft sich daher für den Gesetzgeber gut, daß das Zugeständnis der freien Arztwahl, das in Zukunft schon deswegen gesetzlich garantiert werden muß, weil es das einzige korruptionsfreie System der ärztlichen Anstellung darbietet, zugleich auch ein wichtiges Moment ist, das kranke Individuum subjektiv zu befriedigen. Die gegen die Einführung der freien Arztwahl geltend gemachten Gründe sind entweder bereits an sich hinfällig oder würden es werden, wenn die eben befürwortete Einschränkung der grenzenlosen Gewährung von Heilmitteln Gesetz würde. Diese Beschränkung und die technisch durchaus mögliche Ausscheidung aller Bagatellsachen würde auch den Weg zur Einbeziehung der Familie des Arbeiters in die Krankenversicherung bahnen helfen. Die Einbeziehung der Familie des Arbeiters in die Krankenversicherung in irgend einer Form würde in erster Linie natürlich sachlich zu begrüßen sein, sodann aber auch dazu dienen, die Ausscheidung der Leistungen zur Befriedigung mancher liebgewordenen Bedürfnisse, die jetzt überflüssigerweise im Rahmen der Krankenkasse vor sich geht, schmackhaft zu machen. Es kommt eben bei einer Reform der Krankenversicherung darauf an, die Bagatellen herauszubringen und so Mittel zur Lösung großer Aufgaben zu gewinnen.

[1]) Vgl. J. Busch, Die freie Arznei der Krankenkassen. Ärztliches Vereinsblatt. Nr. 448, 1903.

Die Einführung der Familienversicherung dürfte aber doch wohl die größte Aufgabe sein, die sich eine zukünftige Reform der Krankenversicherung zu stellen hat. Würden wir doch damit endlich die Kinder zum Anschluß an die Segnungen des sozialen Versicherungswesens bringen.

Um nach dieser Abschweifung wieder auf die Frage der Vereinheitlichung der Versicherungsgesetzgebung zurückzukommen, sei konstatiert, daß im Gegensatz zur Invaliden- und Unfallversicherung die subjektive Befriedigung der Versicherten bei der Krankenversicherung nicht außer acht gelassen werden darf, daß jedoch gegenwärtig eine gesetzliche Umgrenzung dessen, was den Kassenmitgliedern zur Befriedigung subjektiver Bedürfnisse eingeräumt werden kann, noch vollkommen fehlt und daß deshalb — wie übrigens noch aus anderen Gründen, die nicht ärztlicher sondern verwaltungstechnischer Natur sind — der ganze Apparat der Krankenversicherung mit einer einstimmig zugegebenen Mangelhaftigkeit funktioniert. Würden die drei Versicherungskörper so, wie sie jetzt sind, verschmolzen, so würde voraussichtlich die Krankenversicherung dazu beitragen, die geordneten Verhältnisse der beiden anderen Versicherungskörper in Verwirrung zu bringen. Wenn vom verwaltungstechnischen Gesichtspunkte aus eine Verschmelzung notwendig ist, so muß dieser zunächst eine Sanierung des Krankenkassenwesens vorausgehen, die hauptsächlich darin zu bestehen hätte, daß ein Gleichgewicht zwischen den objektiv notwendigen und den subjektiv befriedigenden Leistungen geschaffen und die letzteren durch gesetzliche Paragraphen genau umschrieben würden.

Der Umstand, daß in der Krankenversicherung das subjektive Moment eine so große Rolle spielt, verdient auch besondere Beachtung bei der Entscheidung, ob und wie weit Selbstverwaltung zu gewähren sei. Leider wird ja in der Diskussion dieser Frage meistens nur der politische Gesichtspunkt berücksichtigt und vergessen, daß die Selbstverwaltung einen ganz besonderen, ihr eigentümlichen Vorzug besitzt, der mit der Politik in keiner Verbindung steht. Das Beispiel der angelsächsischen Länder, in denen das Prinzip der Selbstverwaltung in der denkbar weitesten Ausdehnung zur Anwendung kommt, zeigt uns nämlich, daß alle möglichen verwaltungstechnisch unvermeidbaren Unbequemlichkeiten, Mängel und Übelstände von der Bevölkerung mit Leichtigkeit ertragen werden, wenn die Behörden, von denen diese Mängel ausgehen, aus der Bevölkerung selbst hervorgegangen und von ihr

gewählt sind. Die subjektive Befriedigung ist selbst bei mangelhaftem Funktionieren unter der Selbstverwaltung eine erheblich größere, als wenn eine autoritäre Behörde, welche keinen inneren Zusammenhang mit der Bevölkerung hat und ihr durch höhere Gewalt verordnet ist, direkt mit der Bevölkerung in Verbindung tritt. Diese Erfahrung darf bei einer Neuordnung des Versicherungswesens, speziell der Krankenversicherung nicht außer Augen gelassen werden. Es war eine weise und in ihren Folgen für die Durchführbarkeit der Versicherungsgesetze überaus heilsame Tat, daß bei Inaugurierung des deutschen Versicherungswesens der direkte Anschluß der Versicherungsorganisation an die Staatsbehörden vermieden wurde und eigene Verwaltungskörper eingerichtet worden sind. Es war doppelt weise, diese Selbstverwaltung in der Krankenversicherung in besonders weitherzigem Maße zu gewähren. Es würde ein verhängnisvoller Fehler sein und einen bedauerlichen Mangel an Kaltblütigkeit gegenüber dem politischen Radikalismus verraten, bei einer Neuordnung diese bereits eingebürgerte Selbstverwaltung zu beschränken. Kranke, verkrüppelte und sieche Personen gehören, wie verständlich ist, nicht zu den Individuen, die leicht zufrieden zu stellen sind. Der Arzt macht diese Beobachtung schon in den höheren Gesellschaftsschichten, um so weniger kann es uns wundern, daß es in den materiell schlecht gestellten Kreisen, wo die Individuen durch Krankheit, Unfall oder Invalidität schnell aus dem ökonomischen und damit unfehlbar auch aus dem psychischen Gleichgewicht gebracht werden, der Fall ist. Die Beamten, mit denen die Kassenmitglieder gegenwärtig in unmittelbare Verbindung treten, stammen aus ihrer Mitte und sind von ihnen selbst gewählt. Unwille, Auflehnung und Tadel wird sich gegen sie nicht so leicht erheben als wie etwa gegen unmittelbare Staatsbeamte und die Unzuträglichkeiten im Verkehr werden schneller ausgeglichen werden, als wenn Staatsbeamte die Verwaltungsgeschäfte erledigen.

Faßt man zum Schluß die Ergebnisse, die sich aus der Betrachtung der Leistungen des Versicherungswesens nach dem Gesichtspunkte ihrer objektiven Notwendigkeit und der in ihrem Gefolge zu erhoffenden subjektiven Befriedigung der Versicherten ergeben, zusammen, so gelangt man etwa zu folgenden Leitsätzen:

1. Bei der Invaliden- und Unfallversicherung steht die objektive Notwendigkeit der Leistungen durchaus im Vordergrund, während bei der Krankenversicherung auch ein gewisses Maß von sub-

jektiver Befriedigung durch die gesetzlich festgelegten Mindestleistungen angestrebt werden muß.

2. Die fehlende Abgrenzung der auf subjektive Befriedigung abzielenden Leistungen im geltenden Krankenversicherungsgesetz hat das mangelhafte Funktionieren des Krankenkassenwesens verschuldet.

3. Einer Zusammenlegung der drei Versicherungsarten muß eine innere Reform der Krankenversicherung vorausgehen.

4. Die trotz aller Fürsorge im Versicherungswesen niemals ganz zu erreichende subjektive Befriedigung der einzelnen Individuen muß dadurch kompensiert werden, daß das Prinzip der Selbstverwaltung bis zu der verwaltungstechnisch möglichen Grenze im Versicherungswesen, insbesondere im Bereiche der Krankenversicherung zur Anwendung gebracht wird.

Die Betriebskosten der öffentlichen Heilanstalten und die Verpflegungssätze für Kranke.

Von Geh. Medizinalrat Professor Dr. A. Guttstadt,
Mitglied des Kgl. preuß. Statistischen Landesamts Berlin.

Die erforderlichen Anstalten zur Heilung und Versorgung von armen Kranken, Irren und Siechen aus öffentlichen Mitteln zu errichten und zu unterhalten, beruht auf der gesetzlichen Verpflichtung der Selbstverwaltung der politischen Gemeinden im Deutschen Reiche. Die Reichsgesetzgebung erklärt durch die Gewährung der Freizügigkeit das Vaterland in seiner Gesamtheit als eine wirtschaftliche Heimat und hat durch das Gesetz über den Unterstützungswohnsitz vom 6. Juni 1870 bzw. 12. März 1894 die gesetzliche Pflicht den zuständigen Selbstverwaltungsorganisationen auferlegt, jedem hilfsbedürftigen Deutschen oder Ausländer die erforderliche Pflege in Krankheitsfällen zu gewähren und geeigneten Falles für die Unterbringung in einem Krankenhause, in einer Irrenanstalt usw. zu sorgen. Jeder Bundesstaat hat aber das Recht und die Pflicht, Aufsicht über die Anstalten zu führen, Mängel und Mißbräuche in denselben aufzudecken und deren Beseitigung zu veranlassen.

Die wirtschaftliche, soziale Verpflichtung in ihrer segensreichen Wirksamkeit geht aus folgenden Bestimmungen hervor. „Wenn Personen, welche gegen Lohn oder Gehalt in einem Dienst- oder Arbeitsverhältnis stehen, oder deren ihren Unterstützungswohnsitz teilende Angehörige, oder wenn Lehrlinge am Dienst- oder Arbeitsorte erkranken, so hat der Ortsarmenverband dieses Ortes die Verpflichtung, den Erkrankten die erforderliche Kur und Verpflegung zu gewähren“ (§ 29 des angeführten Gesetzes). Im Anschluß an dieses Reichsgesetz ist für Preußen das Gesetz vom 11. Juli 1891 hervorzuheben, das in Abänderung der §§ 31, 65 und 68 des Gesetzes zur Ausführung des Bundesgesetzes über den

Unterstützungswohnsitz vom 8. März 1871 folgende Bestimmungen getroffen hat: „Die Landarmenverbände sind verpflichtet, für Bewahrung, Kur und Pflege der hilfsbedürftigen Geisteskranken, Idioten, Epileptischen, Taubstummen und Blinden, soweit dieselben der Anstaltsfürsorge bedürfen, in **geeigneten Anstalten** Fürsorge zu treffen" (§ 31). Welche finanzielle Tragweite diese Verpflichtung für die Ausgaben der Gemeinden hat, lehrt beispielsweise folgende Tatsache. Als das Gesetz in Kraft trat, am 1. April 1893 wurden mit einem Male dem Landarmenverband der Rheinprovinz 5048 Hilfsbedürftige überwiesen, die sich in 156 Anstalten befanden. Welchen segensreichen Einfluß die soziale Gesetzgebung der Krankenversicherung auf die Krankenhausfürsorge ausgeübt hat, beweist das Anwachsen folgender Zahlen. Im Jahre 1876 gab es im Deutschen Reiche 3000 Anstalten für Kranke usw. mit 140 000 Betten, während im Jahre 1900 bereits über 6300 Anstalten dieser Art mit 370 000 Betten eingehende Nachrichten veröffentlicht[1] werden konnten. Allein in Preußen sind in 2229 „allgemeinen Heilanstalten" mit 125 000 Betten 934 000 Kranke im Jahre 1904 behandelt worden, während im Jahre 1876 die Zahl der Verpflegten nur 206 000 in 1021 allgemeinen Heilanstalten betragen hat.

Eine weitere Vermehrung der Krankenhäuser wird künftig nicht allein durch die zunehmende Bedeutung der Krankenversicherung der Personen mit einem Einkommen bis 2000 M. jährlich, sondern auch durch die nunmehr gesetzlich geregelte Bekämpfung der Volkskrankheiten sicher stattfinden. Das Reichsgesetz vom 30. Juni 1900 betr. die Bekämpfung des Aussatzes, der Cholera, des Fleckfiebers, der Pest und der Pocken und das preußische Gesetz vom 28. August 1905 betr. die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, wie Diphtherie, Genickstarre, Scharlach Typhus, Syphilis, Kindbettfieber usw., schreiben nämlich eine zwangsweise Überführung von Kranken in geeignete Heilanstalten erforderlichen Falles vor, so daß unter Umständen einzelne Gemeinden zur Errichtung von Heilanstalten gezwungen werden. Ferner ist eine wesentliche Steigerung der Zahl der Anstalten und der Betten für Kranke und Gebrechliche im Jahre 1906 zu erwarten, weil zur Feier der silbernen Hochzeit Ihrer Kaiserlichen Majestäten ein erfreulicher Wetteifer der Bevölkerung im ganzen Deutschen Reiche

---

[1]) Vgl. Krankenhaus-Lexikon für das Deutsche Reich, herausgegeben vom Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Guttstadt. Verlag von Georg Reimer, Berlin 1900.

sich zeigt, der Sympathie für dieses Ereignis im Sinne des Kaisers und der Kaiserin durch Errichtung derartiger Anstalten Ausdruck zu geben. Wie bei dieser Gelegenheit ist übrigens in neuerer Zeit der Wohltätigkeitssinn gerade auf das Gebiet der Krankenhausfürsorge in einer Weise gelenkt worden, daß seine Leistungen diejenigen des Mittelalters, die oft als unerreicht hingestellt werden, vollständig in den Schatten stellen.

Aber die Schöpfungen der Barmherzigkeit für die Kranken und Siechen im Mittelalter enthalten auch eine Warnung, die nicht genug beachtet wird. Zahlreiche Anstalten dieser Art haben nicht dauernd bestehen können, weil die bereit gestellten Geldmittel die Errichtung der Anstalten zwar ermöglichten, aber ihren Betrieb nicht immer sicherten. Die Annahme, die auch heute noch anzutreffen ist, daß solche Anstalten, wenn sie erbaut und ausgestattet sind, durch die ihnen zufließenden Einnahmen auch in ihrem Betriebe erhalten bleiben, erweist sich oft genug als irrig. Dafür dürfte eine kurze Erörterung der Krankenhausverhältnisse den Beweis liefern.

Während im allgemeinen zum Nutzen der Bevölkerung errichtete Anstalten, auch wenn sie Unternehmungen auf öffentliche Kosten sind, finanziell durch ihre berechtigten Einnahmen sich mindestens erhalten oder auch sogar zu Einnahmequellen für öffentliche Kassen werden, nehmen Heilanstalten, die als öffentliche bezeichnet werden, in dieser Beziehung eine andere und abweichende Stellung ein. Bei der Errichtung dieser Anstalten ist eine Gewinnerzielung durch ihren Betrieb nicht beabsichtigt; sie sollen nur dem allgemeinen öffentlichen Nutzen dienen. Darunter ist indes zu verstehen, daß nur der armen und minder bemittelten Bevölkerung die Benutzung dieser Anstalten gesichert sein soll. Die Kranken, welche der öffentlichen Armenpflege anheimfallen, müssen unentgeltlich aufgenommen, verpflegt und ärztlich behandelt werden. Die Gemeinden, denen die Heilanstalten gehören, haben die Kosten für ihre darin verpflegten Ortsarmen vollständig zu tragen. Werden aber arme Kranke aus anderen Gemeinden dort verpflegt, so haben die Gemeinden oder Armenverbände, in denen der Verpflegte seinen gesetzlichen Unterstützungswohnsitz hat, die entstandenen Kosten zu ersetzen. Die Ersetzung der Kosten erfolgt jedoch nicht in der Höhe der entstandenen Selbstkosten für den Verpflegten, auch nicht in der Höhe des Verpflegungssatzes, der als maßgebend für die billigste Verpflegungsklasse von der Krankenhausverwaltung festgesetzt ist, sondern nach einem Tarif, der z. B. für Preußen

durch den Ministerialerlaß vom 2. Juli 1876 festgesetzt ist und nur 60 oder 80 Pf. oder 1 M. für den Tag beträgt. Es liegt auf der Hand, daß durch einen solchen Geldbetrag die Kosten für die Verpflegung und die ärztliche Behandlung eines Kranken kaum an einem Orte gedeckt werden, insbesondere nicht in den größeren Städten, in deren Heilanstalten viele Arme, die Ortsfremde sind, ärztliche Hilfe finden. Für diese Kranken haben demnach die Städte mit Krankenhäusern erhebliche Zuschüsse zu leisten.

Dazu tritt nun die überaus große Zahl von Kranken, welche der wenig bemittelten Bevölkerung angehören und für einen von der zuständigen Verwaltung festgesetzten Verpflegungssatz Aufnahme finden, der ebenfalls nicht unerheblich hinter demjenigen Betrage zurückbleibt, welchen durchschnittlich ein Kranker täglich in einer öffentlichen Heilanstalt kostet.

In der folgenden Tabelle führen wir die Selbstkosten für einen Kranken und einen Verpflegungstag allein nach den Kosten für den Betrieb vor neben dem zu zahlenden täglichen Verpflegungssatz in 195 allgemeinen Heilanstalten in 92 Städten mit Einschluß der Universitätskliniken im Jahre 1903.

Übersicht über die Selbstkosten für einen Verpflegungstag — ohne Verzinsung des Anlagekapitals — und den Verpflegungskostensatz, der verlangt wird, in 195 Heilanstalten.

Städte (Regierungsbezirke). Krankenhäuser.	Gesamtausgabe M.	Zahl der Betten	Zahl der Verpflegten	Zahl der Verpflegungstage	Selbstkosten für einen Verpflegungstag M.	Verpflegungskostensatz der verlangt wird M.
1	2	3	4	5	6	7
I. Universitätsstädte.						
1. Berlin.						
Königliche Charité	1628 068	1 655	19 121	484 377	3,36	2- 2,50
Königl. Klinikum, Ziegelstraße .	353 723	288	2 124	86 030	4,11	2,50—3,00
Königl. Frauenklinik, Artilleriestr.	220 737	144	2 192	41 117	5,37	2,50
Städtische Krankenhäuser:						
Friedrichshain	987 288	940	11 286	298 787	3,30	2, 2,50 u. 3,00
Moabit	983 091	935	9 984	282 201	3,48	„
Urban	744 440	712	9 261	236 034	3,15	„
Gitschinerstraße	141 591	152	1 905	48 106	2,94	„
Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus . . .	138 369	240	2 734	58 770	2,35	„
Zentr.-Diakonissenhaus Bethanien	384 003	408	2 883	103 097	3,72	1,50 u. 2,50
Paul-Gerhardt-Stift	91 353	137	993	35 630	2,56	1,75 u. 2,50

Städte (Regierungsbezirke). — Krankenhäuser.	Gesamtausgabe M.	Zahl der Betten	Zahl der Verpflegten	Zahl der Verpflegungstage	Selbstkosten für einen Verpflegungstag M.	Verpflegungskostensatz, der verlangt wird M.
1	2	3	4	5	6	7
Elisabeth-Kinderhospital . . .	60 902	90	605	26 222	2,40	1,50
St. Hedwig-Krankenhaus . . .	489 660	540	6 045	169 723	[1]2,89	2,50
Krankenhaus der jüd. Gemeinde	218 762	157	1 689	53 840	4,06	2,50
Augusta-Hospital	181 687	165	1 763	52 591	3,45	1,50 u. 2,50
2. Charlottenburg.						
Städtisches Krankenhaus . . .	523 503	538	4 487	163 953	3,19	1,50, 2 u. 3,00
3. Bonn (Köln).						
Klinische Institute der Universität (ohne Augenklinik)	407 201	405	3 748	144 184	2,82	0,70—1,70
Friedrich Wilhelm-Stiftung . .	127 467	150	1 307	41 069	3,10	1,70
Hospital zum heiligen Johannes	133 264	252	1 432	61 001	2,18	1,50
4. Breslau (Breslau).						
Vereinigte Universitäts-Kliniken	516 402	472	7 691	168 821	3,06	0,90—1,50
Hospital zu Allerheiligen . . .	581 312	812	7 930	226 213	2,57	1,50
Wenzel Hanckesches Krankenhaus	144 195	236	1 157	61 283	2,35	1,50
Evangelisch-lutherische Diakonissenanstalt Bethanien . . .	190 603	150	1 654	48 826	3,90	nach Vermögen
Diakon.-Krankenhaus Bethesda .	37 468	80	894	22 722	1,65	2,00
Krankenhaus d. Elisabethinerinnen	101 500	229	2 383	63 844	1,59	1,00
St. Josef-Krankenhaus	180 160	170	2 156	58 218	3,09	1,25
Krankenhaus der barmherzigen Brüder	201 788	272	3 515	86 289	2,34	1,25
Malteser-Kinderhospital zur heil. Anna	12 711	80	428	12 552	1,01	0,80
Augusta-Hospital	85 889	44	492	10 940	7,85	2,00
Israelitische Anstalt (Fraenckelsches Hospital)	55 581	50	522	14 575	3,81	0,40
5. Göttingen (Hildesheim).						
Vereinigte Universitätskliniken (ohne Augenklinik)	399 692	369	4 338	92 414	4,33	1, 1,60—2,00
Städtisches Krankenhaus . . .	10 790	40	187	9 694	1,11	1,00
Alt Mariahilf. Krankenhaus der barmherzigen Schwestern . .	4 450	16	190	1 976	2,25	0,75 u. 1,50
Neu Mariahilf. Krankenhaus der barmherzigen Schwestern . .	42 973	30	418	8 024	5,36	3,00
6. Greifswald (Stralsund).						
Medizinische und Chirurg. Klinik	217 776	232	3 626	96 078	2,27	1,20—1,80
Frauen-Klinik	76 575	88	851	22 859	3,35	1,20
Augen-Klinik	39 199	63	776	16 995	2,31	1,20—1,80
7. Halle a. S. (Merseburg).						
Vereinigte Universitäts-Kliniken	533 892	483	8 026	190 669	2,80	1,25—1,85
Siechenhausstiftung	56 591	176	261	55 243	1,03	1,00
St. Elisabeth-Krankenhaus . .	34 550	90	1 112	28 710	1,20	1,75
Kranken- u. Genesungshaus „Bergmannstrost"	342 364	276	2 555	92 394	3,71	1,00—2,00

[1] Die außerordentlichen Ausgaben im Jahre 1902 mit mehr als 600000 M. sind bei dieser Berechnung nicht berücksichtigt.

Städte (Regierungsbezirke). — Krankenhäuser.	Gesamtausgabe M.	Zahl der Betten	Zahl der Verpflegten	Zahl der Verpflegungstage	Selbstkosten für einen Verpflegungstag M.	Verpflegungskostensatz, der verlangt wird M.
1	2	3	4	5	6	7
8. Kiel (Schleswig).						
Vereinigte Universitäts-Kliniken (ohne Irrenklinik)	460 673	526	5 586	155 049	2,97	1,50—2,00
Städtisches Kranken- u. Armenhaus	156 438	229	1 925	63 425	2,47	2,00
Anschar-Schwestern- u. Krankenhaus	106 580	92	714	18 942	5,63	1,00—2,50
9. Königsberg i. Pr. (Königsberg).						
Medizinische Klinik	95 843	111	1 448	39 156	2,45	1,00—1,50
Chirurgische Klinik	194 752	123	1 219	36 475	5,34	0,50—2,00
Frauen-Klinik	137 727	103	1 666	40 987	3,36	1,50
Augen-Klinik	80 270	52	689	17 691	4,54	1,00—1,50
Städtische Krankenanstalt	204 700	457	3 584	98 346	2,08	1,50—3,00
Krankenhaus der Barmherzigkeit	407 391	330	2 804	114 484	3,56	1,50
10. Marburg (Kassel).						
Medizinische Klinik	85 457	108	1 277	33 264	2,57	1,25—1,50
Chirurgische Klinik	101 235	124	1 603	37 610	2,69	1,50
Frauen-Klinik	64 935	74	707	17 857	3,64	0,75—1,50
Augen-Klinik	33 223	40	739	11 481	2,89	1,50

II. Andere größere Städte.

11. Cöln (Cöln).						
Bürgerhospital	346 544	490	4 359	129 965	2,67	1,20, 2 u. 3,00
Augustahospital	380 136	479	6 005	120 556	3,15	2—3,00
St. Josef-Hospital	30 335	90	303	8 333	3,64	0,80—1,00 u. unentgeltlich
Israelitisches Asyl für Kranke und Altersschwache	66 000	44	571	12 486	5,29	1,50—2,00
12. Frankfurt a. M. (Wiesbaden).						
Städtisches Krankenhaus	630 100	789	6 906	190 615	3,31	1,50—3,00
Hospital zum heiligen Geist	306 833	280	2 533	65 980	4,65	1,00—1,75
Städtisches Kranken- u. Siechenhaus	23 941	25	269	6 516	3,67	1,50—2,00
Städtisches Armen- u. Siechenhaus	173 391	160	429	53 928	3,22	1,50
Frankensteiner Hof	18 969	50	270	4 365	4,35	1,50
Krankenpflege-Institut des Vereins vom roten Kreuz	96 055	32	473	5 279	1,82	1,75
13. Hannover (Hannover).						
Städtisches Krankenhaus I	622 972	488	5 235	149 663	4,16	2,30—3,00
Städtisches Krankenhaus II	138 383	200	1 763	32 615	4,24	2—2,50
Henriettenstift	262 790	141	1 480	45 529	5,77	1,00—1,75
St. Vincenz-Stift	74 570	130	1 601	32 685	2,29	1,50—1,70
14. Magdeburg (Magdeburg).						
Städtische Magdeburger Krankenanstalt Sudenburg	302 769	592	4 298	121 630	2,49	1,80—3,00

Städte (Regierungsbezirke). — Krankenhäuser.	Gesamtausgabe M.	Zahl der Betten	Zahl der Verpflegten	Zahl der Verpflegungstage	Selbstkosten für einen Verpflegungstag M.	Verpflegungskostensatz, der verlangt wird M.
1	2	3	4	5	6	7
Städt. Krankenanstalt Altstadt	410 310	718	5 763	164 640	2,49	1,80—3,00
Hospital Schwiesau, Krankenhaus Bethanien	21 584	68	399	8 848	2,44	1,80
	58 602	70	137	21 348	2,75	1,50
15. Düsseldorf (Düsseldorf).						
Evangelisches Krankenhaus	230 985	386	1 837	55 840	4,14	2,00
Marien-Hospital	244 500	380	2 981	110 994	2,20	2,00
St. Josef-Krankenhaus	57 000	70	895	23 140	2,46	2,00
16. Stettin (Stettin).						
Städtisches Krankenhaus	569 781	566	5 884	167 091	3,41	1,75—2,25
Kinderheil- u. Diakonissenanstalt	36 300	80	810	20 560	1,77	0,60
17. Altona (Schleswig).						
Städtisches Krankenhaus	414 070	516	4 559	133 644	3,10	2,50 1,50—2,00 für Kinder
18. Elberfeld (Düsseldorf).						
Städtische Kranken-Anstalten	317 955	520	3 868	119 628	2,66	1,20—1,70
Bürgerkrankenhaus	48 081	90	610	15 204	3,16	1,75—2,25
St. Josef-Hospital	89 363	207	2 315	62 552	1,43	1,25—1,50
Krankenhaus Bethesda	28 500	50	749	19 800	1,44	1,25—1,75
Hospital d. Vaterl. Frauenvereins	56 473	55	388	13 959	4,05	1,20—1,50
19. Dortmund (Arnsberg).						
Städtisches Krankenhaus Luisenhospital	247 616	420	4 258	125 458	1,97	1,00—2,50
20. Barmen (Düsseldorf).						
Städtisches Krankenhaus und Reserve-Krankenhaus	280 042	327	2 938	100 234	2,79	1,50—1,80
St. Petrus-Krankenhaus	46 594	100	1 124	26 737	1,74	1,50
21. Danzig (Danzig).						
Stadtlazarett am Olivaertor	192 138	235	2 833	73 397	2,62	1,50—2,00
Stadtlazarett in der Sandgrube	166 414	210	2 479	66 855	2,49	1,50—2,00
St. Marien-Krankenhaus	107 524	282	1 549	45 261	2,38	1,50
Diakonissen-Kranken- u. Mutterhaus	205 776	187	1 510	45 218	4,55	1,50
22. Aachen (Aachen).						
Städt. Krankenhaus „Mariahilf"	343 845	394	4 710	105 261	3,27	1,50—2,00
Luisenhospital	142 185	194	1 562	40 813	3,48	1,50—2,00
Marienhospital	78 944	170	1 153	46 637	1,69	.
23. Essen (Düsseldorf).						
Evangelisches Krankenhaus	186 587	280	3 291	92 759	2,01	1,75
24. Posen (Posen).						
Städtisches Krankenhaus	307 140	350	2 917	90 803	3,38	1,40—2,50
Krankenanstalt der barmherzigen Schwestern	84 773	171	1 272	43 388	1,95	1,20—1,40

Städte (Regierungsbezirke). Krankenhäuser.	Gesamtausgabe M.	Zahl der			Selbstkosten für einen Verpflegungstag M.	Verpflegungskostensatz der verlangt wird M.
		Betten	Verpflegten	Verpflegungstage		
1	2	3	4	5	6	7
Jüdisches Kranken- u. Siechenhaus	69 000	55	400	14 647	4,71	1,40–2,00
St. Josef-Kinder-Heilanstalt . .	19 517	50	495	18 264	1,07	unentgeltlich
25. Crefeld (Düsseldorf).						
Städtisches Krankenhaus . . .	193 112	405	.	91 710	2,11	1,25
Handwerker-Krankenanstalt . .	15 698	50	360	5 871	2,67	.
26. Kassel (Kassel).						
Landkrankenhaus	335 267	368	3 844	112 659	2,98	1,00—1,25
Krankenpflegeanstalt vom roten Kreuz	97 758	85	1 206	25 539	3,83	1,50
Elisabeth-Krankenhaus	22 600	40	455	9 403	2,40	2,00
27. Duisburg (Düsseldorf).						
Diakonen-Krankenhaus	102 160	241	1 545	42 190	2,42	1,50
28. Rixdorf (Potsdam).						
Städtische Krankenanstalt . . .	38 536	58	503	15 013	2,57	2,50
29. Erfurt (Erfurt).						
Städtisches Krankenhaus . . .	168 531	266	1 947	69 873	2,41	1,50
30. Görlitz (Liegnitz).						
Städtisches Krankenhaus . . .	59 447	140	1 188	40 171	1,48	1,00—1 75
31. Bochum (Arnsberg).						
Augusta-Krankenanstalt, Evangelisches Krankenhaus . . .	181 480	320	2 455	69 663	2,61	2,00
Krankenhaus Bergmannsheil . .	321 410	220	2 669	76 104	4,22	1,00—1,75
32. Spandau (Potsdam).						
Städtisches Krankenhaus . . .	191 488	264	1 984	77 099	2,48	1,00
33. Münster i. Westf. (Münster).						
Ev. Krankenhaus „Johannisstift“	24 100	76	534	18 709	1,29	1,00–1,50
Klemens-Hospital	126 214	290	2 121	57 424	2,20	1,00—1,50
34. Bielefeld (Minden).						
Städtisches Krankenhaus . . .	118 739	195	1 246	46 658	2,54	1,75
St. Franciskus-Hospital	36 497	90	563	22 015	1,66	1,75
35. Frankfurt a. O. (Frankfurt).						
Städtisches Krankenhaus . . .	133 597	242	1 721	50 069	2,66	1,60—2,75
Kranken- u. Diakonissenanstalt .	82 732	90	716	24 930	3,32	1,80
36. Potsdam (Potsdam).						
Städtisches Krankenhaus . . .	133 212	273	1 995	63 745	2,09	1,50
Augusta Victoria-Krankenhaus .	20 490	24	155	5 501	3,72	3,00—3,50
Eisenhart'sche Heilanstalt . . .	16 771	46	142	7 983	2,10	1,50–1,75

Städte (Regierungsbezirke). — Krankenhäuser.	Gesamtausgabe M.	Zahl der Betten	Zahl der Verpflegten	Zahl der Verpflegungstage	Selbstkosten für einen Verpflegungstag M.	Verpflegungskostensatz, der verlangt wird. M.
1	2	3	4	5	6	7
37. Remscheid (Düsseldorf).						
Städtisches Evang. Krankenhaus	92 773	168	951	35 092	2,64	1,50—2,00
38. München Gladbach (Düsseldorf).						
Evang. Krankenhaus „Bethesda"	29 613	68	385	12 308	2,40	1,50—2,00
Katholisches Krankenhaus „Maria Hilf"	79 244	229	1 497	37 545	2,11	1,50 u. 2,00
39. Königshütte i. Ob. Schles. (Oppeln).						
Städtisches Krankenhaus . . .	23 043	94	993	23 142	1,00	1,00
St. Hedwigs-Stift	20 700	100	353	15 646	1,32	1,50
40. Liegnitz (Liegnitz).						
Städtisches Krankenhaus . . .	95 211	113	1 040	29 184	3,26	1,25
Diakonissen-Krankenhaus . . .	19 377	41	461	10 500	1,85	1,00
41. Elbing (Danzig).						
Städtisches Krankenstift . . .	47 924	95	1 028	29 230	1,64	1,50
Diakonissen-Krankenhaus . . .	58 125	62	343	12 735	4,56	1,50
42. Gleiwitz (Oppeln).						
Städtisches Krankenhaus . . .	60 113	100	883	22 769	2,64	1,00
43. Bromberg (Bromberg).						
Städtisches Krankenhaus . . .	33 437	86	642	15 038	2,22	1,75—2,00
Evangelische Diakonissen-Anstalt	48 753	72	754	19 167	2,54	2,00
St. Florian-Kinderkrankenhaus .	6 074	22	148	5 368	1,13	unentgeltlich
44. Osnabrück (Osnabrück).						
Städtisches Krankenhaus . . .	128 341	214	1 660	45 487	2,82	1,20
Marien-Hospital	33 068	132	839	24 768	1,42	0,75—1,50
45. Beuthen i. Ob. Schl. (Oppeln).						
Städtisches Krankenhaus . . .	83 240	200	1 290	47 522	1,75	1,50
46. Hagen (Arnsberg).						
Städtisches Krankenhaus . . .	82 535	141	1 157	38 622	2,14	1,75
St. Josef-Hospital	38 820	57	453	16 354	2,37	1,75
47. Brandenburg a. H. (Potsdam).						
Städtisches Krankenhaus . . .	105 165	140	1 158	30 635	3,43	1,75
48. Harburg (Lüneburg).						
Städtisches Krankenhaus . . .	138 148	218	1 369	43 796	3,15	2,20—2,70
49. Solingen (Düsseldorf).						
Städtisches Krankenhaus . . .	76 595	178	961	38 322	2,00	1,50—2,50

Städte (Regierungsbezirke). — Krankenhäuser.	Gesamt-ausgabe M.	Zahl der Betten	Zahl der Verpflegten	Zahl der Verpflegungstage	Selbstkosten für einen Verpflegungstag M.	Verpflegungskostensatz, der verlangt wird. M.
1	2	3	4	5	6	7
50. Koblenz (Koblenz).						
Bürger-Hospital	194 300	463	2 551	67 129	2,89	1,50—2,00
Krankenhaus des Evangelischen Stifts St. Martin	57 124	98	967	26 688	2,14	1,50
Krankenhaus der barmherzigen Brüder	75 887	100	836	21 517	3,53	1,50—2,50
51. Mülheim a. Rh. (Köln).						
Städtisches Krankenhaus	61 300	128	1 112	29 938	2,05	1,80—2,00
52. Trier (Trier).						
Krankenanstalt der vereinigten Hospitien	77 371	487	624	43 187	1,79	1,50
Evangelisches Krankenhaus	21 687	62	261	11 848	1,83	1,50
53. Hildesheim (Hildesheim).						
Städtisches Krankenhaus	189 745	226	1 632	46 860	4,05	1,60—2,00
Städtische Armenanstalt	36 421	79	390	19 124	1,90	1,00—1,50
St. Bernwards-Krankenanstalt	163 395	185	1 659	54 520	3,00	1,00—1,30
54. Halberstadt (Magdeburg).						
Salvator-Krankenhaus	80 140	137	1 466	44 015	1,82	1,50
55. Oberhausen (Düsseldorf).						
Evangelisches Krankenhaus	84 076	137	1 488	40 360	2,08	1,75
56. Kottbus (Frankfurt).						
Städtisches Krankenhaus	23 648	55	432	13 144	1,79	1,00—1,80
57. Mülheim a. Ruhr (Düsseldorf).						
Evangelisches Krankenhaus	100 400	214	1 568	60 291	1,67	1,00—1,75
St. Marien-Hospital	128 000	114	1 035	38 060	3,36	1,50—2,00
58. Gelsenkirchen (Arnsberg).						
Evangelisches Krankenhaus	119 700	237	2 151	54 582	2,19	1,50—2,00
Katholisches Krankenhaus	169 869	338	2 899	89 962	1,89	2,00
59. Tilsit (Gumbinnen).						
Städtische Heilanstalt	32 786	86	674	16 634	1,97	1,25
Kreis-Krankenhaus	17 200	54	427	17 293	0,99	1,00—1,40
60. Rheydt (Düsseldorf).						
Städtisches Krankenhaus	34 000	114	620	22 126	1,54	1,50
61. Recklinghausen (Münster).						
Prosper-Hospital	97 822	222	1 559	50 155	1,95	1,50
62. Meiderich (Düsseldorf).						
Kaiser Wilhelm-Kranken- und Versorgungshaus	20 118	40	300	9 296	2,17	1,50
St. Elisabeth-Hospital	21 502	70	575	19 050	1,13	1,50

Städte (Regierungsbezirke). — Krankenhäuser.	Gesamtausgabe M.	Zahl der Betten	Zahl der Verpflegten	Zahl der Verpflegungstage	Selbstkosten für einen Verpflegungstag M.	Verpflegungskostensatz, der verlangt wird. M.
1	2	3	4	5	6	7
63. Landsberg a. W. (Frankfurt).						
Städtisches Krankenhaus . . .	34 789	62	380	17 500	1,98	.
64. Witten (Arnsberg).						
Evangelisches Diakonissenhaus .	133 506	243	2 020	70 786	1,89	2,00
65. Mühlhausen i. Th. (Erfurt).						
Städtisches Krankenhaus . . .	38 474	70	556	14 910	2,58	2,00
66. Guben (Frankfurt).						
Städtisches Krankenhaus nebst Baracke	24 997	70	413	12 877	1,94	1,50—2,00
Naëmi Wilke-Stift und Diakonissenanstalt	24 621	40	308	9 081	2,71	1,50
67. Graudenz (Marienwerder).						
Städtisches Krankenhaus . . .	69 084	199	1 618	52 873	1,31	0,50—1,50
68. Forst (Frankfurt).						
Städtisches Krankenkaus . . .	39 305	100	708	17 889	2,19	2,25
69. Kattowitz i. Ob. Schl. (Oppeln).						
Städtisches Krankenhaus . . .	12 867	45	273	11 396	1,13	1,00—1,50
St. Elisabeth-Krankenhaus . . .	43 269	90	1 107	30 504	1,42	1,25
70. Stralsund (Stralsund).						
Städtisches Krankenhaus . . .	88 040	179	1 422	44 248	1,99	1,35—1,50
71. Oppeln (Oppeln).						
Städtisches Krankenhaus . . .	13 259	26	105	8 324	1,59	1,00—2,00
St. Adalbert-Hospital	62 402	222	1 319	35 983	1,73	1,00—1,50
72. Hanau (Kassel).						
Landkrankenhaus	130 623	193	1 606	55 984	2,33	0,80—2,00
73. Thorn (Marienwerder).						
Städtisches Krankenhaus . . .	51 408	180	1 092	34 974	1,47	1,25—1,50
74. Neufs (Düsseldorf).						
Städtisches Bürger-Hospital . .	56 480	80	403	22 759	2,48	1,50—2,00
75. Schweidnitz (Breslau).						
Krankenhaus Bethanien . . .	50 870	88	1 124	34 713	1,47	1,25
76. Weifsenfels (Merseburg).						
Städtisches Krankenhaus . . .	15 250	35	283	8 747	1,74	1,00—1,25
77. Wandsbeck (Schleswig).						
Städtisches Krankenhaus .	58 539	78	674	15 249	3,83	2,00—2,50

Städte (Regierungsbezirke). — Krankenhäuser.	Gesamt-ausgabe M.	Zahl der Betten	Zahl der Verpflegten	Zahl der Verpflegungstage	Selbstkosten für einen Verpflegungstag M.	Verpflegungskostensatz, der verlangt wird. M.
1	2	3	4	5	6	7
78. Herne (Arnsberg).						
Evangelisches Krankenhaus . .	49 302	100	630	19 902	2,48	2,00
79. Insterburg (Gumbinnen).						
Kreis-Krankenhaus	39 194	125	862	26 769	1,46	0,80—1,50
80. Zeitz (Merseburg).						
Städtisches Krankenhaus . . .	112 084	129	957	31 528	3,56	1,60—2,20
81. Neumünster (Schleswig).						
Städtisches Krankenhaus . . .	28 506	63	376	8 223	3,46	1,75
82. Stolp i. Pomm. (Köslin).						
Städtisches Krankenhaus . . .	25 600	25	379	9 696	2,64	0,75, 1,25—1,50
Kreis-Krankenhaus	26 820	56	249	9 915	2,70	1,25—1,50
83. Iserlohn (Arnsberg).						
Evangel. Krankenhaus Bethanien	61 010	100	727	25 546	2,39	1,75
Katholisches Krankenhaus St. Elisabeth-Hospital	29 560	74	500	18 534	1,59	1,75
84. Aschersleben (Magdeburg).						
St. Johannis-Hospital	40 421	64	450	8 744	4,62	0,80 1,50—1,75
85. Düren (Aachen).						
Städtisches Hospital	66 227	122	865	30 673	2,16	1,50—2,00
86. Stargard i. Pomm. (Stettin).						
Städtisches Krankenhaus . . .	23 207	68	357	8 821	2,63	1,75—2,00
87. Lüdenscheid (Arnsberg).						
Städtisches Krankenhaus . . .	60 727	114	885	32 572	1,86	1,60—1,75
88. Ratibor (Oppeln).						
Städtisches Krankenhaus . . .	70 972	84	560	27 581	2,57	2,20
89. Hörde (Arnsberg).						
Evangel. Krankenhaus Bethanien	24 455	85	504	18 940	1,29	1,25—2,00
90. Herford (Minden).						
Friedrich Wilhelm-Hospital . .	34 709	100	456	19 337	1,79	0,75—1,50
91. Lüneburg (Lüneburg).						
Städtisches Krankenhaus . .	89 000	97	243	20 355	4,37	1,50
92. Paderborn (Minden).						
Landeshospital	65 300	130	1 197	37 937	1,72	1,20—1,75

Zu dieser Tabelle ist zu bemerken, daß die Selbstkosten der Heilanstalten ohne Berücksichtigung der Verzinsung des Anlagekapitals berechnet sind, weil es nicht möglich war, für alle Anstalten den Betrag des Anlagekapitals festzustellen. Aber selbst ohne Hinzurechnung der Zinsen des Anlagekapitals erscheinen die Selbstkosten für den Betrieb der Anstalten überall höher als der Verpflegungssatz für einen Kranken und einen Tag, der von der minder bemittelten Bevölkerung zu entrichten ist. Der auf diese Weise entstehende Fehlbetrag ist erheblich genug, steigt aber, wenn man das Anlagekapital mit $3^1/_2$ v. H. verzinst haben will, beträchtlich, wie z. B. aus einer Berechnung für die drei städtischen Krankenhäuser in Berlin zu ersehen ist. Im Durchschnitt betragen die Betriebskosten für diese Anstalten 3,47 M. für den Kranken und den Verpflegungstag, unter Hinzurechnung der Zinsen des Anlagekapitals steigen die Selbstkosten für den Kranken auf 4,22 M., dagegen wird von den zahlungsfähigen Kranken nur ein Verpflegungssatz von 2—3 M. täglich entrichtet.

Vergegenwärtigt man sich, daß die leichtere Arbeitsgelegenheit bezw. der bessere Erwerb in den Städten die Bevölkerung vom Lande immer stärker anzieht und die bevorstehende Abänderung des Gesetzes über den Unterstützungswohnsitz eine Erleichterung der Armenlast der ländlichen Gemeinden herbeiführen wird — es soll die Erwerbung des Unterstützungswohnsitzes für das Lebensalter von 18 auf 16 Jahre und für die Zeitdauer von zwei auf ein Jahr herabgesetzt werden, — so wird man die Besorgnis anerkennen müssen, daß die Krankenfürsorge die Städte auf steigende Mehrausgaben vorzubereiten hat, insbesondere werden die jährlichen Ausgaben für die Heilanstalten beträchtlich zunehmen. Dazu kommt, daß die wenig bemittelte Bevölkerung in dringender Weise geringere Verpflegungspreise in den Anstalten auf allgemeine Kosten verlangt. Die Krankenkassen zählen bereits 10 Millionen Mitglieder, die in Krankheitsfällen von Krankenhäusern, Ärzten und Apothekern ermäßigte Preise beanspruchen. Demnach ist die Steigerung der Ausgaben in den Städten in erheblichem Umfange für diesen Zweck vorauszusehen. Dabei ist nicht zu vergessen, daß die Krankenhausbauten, die innere Einrichtung der Krankenhäuser, die Heilmittel, Instrumente und Apparate, die Beköstigung der Kranken, die Wäsche, die Beleuchtung, die Sauberkeit, der Wasserverbrauch, die Kosten für Ärzte, Warte- und Verwaltungspersonal usw. einen großen Kostenaufwand von der Gemeinde-

verwaltung beanspruchen, wovon sich manche Krankenhausgründer keine richtige Vorstellung zu machen vermögen.

Die vorstehende Erörterung dürfte einen Einblick in die schwere Aufgabe gewähren, welche für die Gründer von öffentlichen Krankenhäusern entsteht, wenn sie über die Gründung hinaus auch für die Sicherung eines dauernden Betriebes sorgen wollen. Solchen kostspieligen Aufgaben gegenüber sind daher manche Gemeinden, welchen in naher Nachbarschaft Krankenhäuser zur Verfügung stehen, falls bei zunehmender Einwohnerschaft das Bedürfnis nach Krankenhausbetten sich stärker fühlbar macht, auf den billigeren Ausweg gekommen, durch Abschließung von Verträgen mit bestehenden Krankenhausverwaltungen das Bedürfnis zu befriedigen. Sie haben sich durch einen jährlichen Zuschuß zu den Unterhaltungskosten, der sich nach dem nicht durch Einnahmen gedeckten Fehlbetrag richtet, eine bestimmte Zahl von Krankenbetten für ihre Kommunalkranken gesichert und nur die Individual- und Kurkosten für sie zu bezahlen übernommen.

Um eine Grundlage für die Höhe dieser Kosten zu gewinnen, können sie z. B. nach einem einheitlichen Maßstab berechnet werden aus den jährlichen Kosten: 1. für die Beköstigung der Kranken, 2. für Arzneien und Heilmittel, davon 75 v. H., 3. für Bekleidung, Wäsche, Lagerung, davon 90 v. H., 4. für Wasserverbrauch, davon 50 v. H., 5. für Reinigung und Desinfektion, davon 55 v. H., 6. für Heizung und Feuerungsmaterial, davon 50 v. H., 7. für Beleuchtung, davon 50 v. H.

Diese Kosten zusammengerechnet ergeben die Individual- und Kurkosten für die überwiesenen Kranken.

Unter den Krankenhäusern, mit deren Verwaltung Vereinbarungen dieser Art getroffen werden, befinden sich die Universitätskliniken, städtische Krankenhäuser, ferner auch Wohltätigkeitsanstalten, Diakonissenhäuser, Krankenhäuser der barmherzigen Schwestern usw. Wenn auch in manchen dieser Anstalten andere Zwecke neben der Heilung von Kranken, wie Unterricht in den Kliniken, Ausbildung von Pflegeschwestern u. dgl. die Höhe der Betriebskosten mit beeinflussen, so muß doch zugegeben werden, daß schon der Heilzweck an und für sich Kosten verursacht, die durch die gezahlten Verpflegungssätze oder vereinbarten Preise allein nicht gedeckt werden. Für die Universitätskliniken muß schließlich der Staat, für die städtischen Krankenhäuser die Gemeinde den entstandenen Fehlbetrag decken, für die Wohltätigkeitsanstalten dagegen wird der Fehlbetrag zur

Quelle steter Sorge und Unruhe. Die Erbauung eines Krankenhauses durch private Wohltätigkeit bringt schon genug Sorgen bei Beschaffung der Geldmittel zum Bau und für die innere Einrichtung, aber die Sicherung von Betriebsmitteln für die Anstalt ist oft nicht vorgesehen.

Um hier zu helfen, wo die Weiterführung eines zuverlässigen Krankenhausbetriebes, mag er ein öffentlicher oder ein privater sein, in Frage steht, muß eine besondere Geldquelle aufgefunden werden. Dabei ist zu berücksichtigen, daß in den Kreisen, die vorzugsweise in den öffentlichen und Wohltätigkeits-Krankenhäusern ärzliche Hilfe finden, keine richtige Vorstellung von den Sorgen einer Anstaltsverwaltung vorhanden ist; hier glaubt man leider noch vielfach, daß die Krankenhäuser überdies Geld verdienen, d. h. einen Überschuß erzielen. Andererseits kann nicht dadurch abgeholfen werden, daß in fühlbarer Weise der Verpflegungssatz bis zu den Selbstkosten erhöht wird; Einzelne sollen nicht die Last tragen, welche Nächstenliebe und Barmherzigkeit auf die ganze Bevölkerung verteilen können. Für Hunderttausende von Menschen, die durch Krankheit hilfsbedürftig sind, vermittelt das Gebiet der Krankenfürsorge die so wohltuende Berührung mit den lautersten menschlichen Handlungen. Als einen Teil der Lösung der sozialen Frage kann man es ansehen, daß, unabhängig von Geld und Gut, jährlich Hunderttausende in den Krankenhäusern Heilung finden und ihre Erwerbsfähigkeit wieder erlangen können. Darum müssen Mittel geschafft werden, welche die höchsten Anforderungen an die ärztliche Behandlung, an die Verpflegung und Wartung der Kranken in den Krankenhäusern befriedigen. Zu diesem Zweck wären durch Heranziehung der Hinterlassenschaften, welche den Kindern zufallen und vollständig steuerfrei bleiben, Geldmittel zu schaffen; dieser Vorschlag dürfte von der öffentlichen Meinung unterstützt werden, besonders zu einer Zeit, in der die Einführung einer Reichs-Erbschaftssteuer allgemeine Sympathie erfährt, so daß es leicht sein würde, einen Reichsfond zur Unterstützung der Krankenhausfürsorge für die wenig bemittelte Bevölkerung dauernd zu begründen.

Die Vereinheitlichung des deutschen Arbeiterversicherungswesens I.[1])

Eine Übersicht über die bisher gemachten Vorschläge.

Von Dr. jur. et phil. A. Berner, Berlin.

Bevor das Deutsche Reich seine sozialpolitische Gesetzgebung in Angriff nahm, herrschte, insoweit eine Arbeiterversicherung überhaupt vorhanden war, sowohl materiell wie formell große Mannigfaltigkeit. Mit dieser Vielheit räumte das achte Jahrzehnt des vorigen Jahrhunderts nach Möglichkeit auf. An seinem Schluß sehen wir als Pfeiler der deutschen Arbeiterversicherung das Krankenversicherungsgesetz (15. Juni 1883), das Unfallversicherungsgesetz (6. Juli 1884), das Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz (22. Juni 1889). Es war natürlich, daß man diese Hauptzweige des Versicherungswesens getrennt regelte. Man stand einer Aufgabe gegenüber, für deren Lösung keine Erfahrungen verwertet werden konnten und hatte Gebiete vor sich, auf denen unbestreitbar verschiedene Grundsätze in Betracht kamen. War der theoretischen Sonde wenig Widerstand entgegengetreten, so stieß die Praxis auf große Schwierigkeiten bei der Gesetzesanwendung, die hauptsächlich in den Kollisionen zwischen den Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Landesversicherungsanstalten zutage traten. Bald tauchten daher Revisionsbestrebungen auf. Den Anfang macht eine Novelle zum Krankenversicherungsgesetz (10. April 1892), die insbesondere darauf bedacht war, das Verhältnis zu den anderen Versicherungsgesetzen einer Regelung zu unterziehen. Dann folgte eine eingehende Revision der Unfallversicherung (30. Juni 1900), schließlich der Alters- und Invaliditäts-

[1]) Der vorliegende Aufsatz wurde im Januar 1906 abgeschlossen. Die seitdem an die Öffentlichkeit gelangten Vorschläge werden in einem zweiten Aufsatze besprochen werden.



versicherung (22. Juni 1891 und 13. Juli 1899). Alle diese Novellen rühren nicht an den bisherigen Grundlagen der Arbeiterversicherung, sie begnügen sich mit der Verbesserung einzelner Mißstände. Die Entwürfe betonen ausdrücklich, daß an der Struktur des Ganzen nichts geändert werden soll. Die Reichsregierung hatte sich zum ersten Male gelegentlich einer Konferenz im Reichsamt des Innern über die Revision der Arbeiterversicherungsgesetze im November 1895 mit der Frage der Vereinheitlichung beschäftigt, ohne jedoch zu einem positiven Ergebnis zu gelangen. Dessen ungeachtet wurde im Jahre 1899 gelegentlich der Diskussion über die von der Novelle zum Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz damals eingeführten Rentenstellen die Berechtigung der Forderung nach einer einheitlichen Organisation der Arbeiterversicherung anerkannt. Der Staatssekretär des Innern Graf Posadowsky-Wehner bezeichnete die bestehende Dreiteilung als äußere Folge der allmählichen chronologischen Entwicklung der ganzen Versicherungs-Gesetzgebung und wies darauf hin, daß in der Schaffung der Rentenstellen der Anfang einer Dezentralisation der Verwaltung liege, die als eine Vorbedingung der Vereinheitlichung anzusehen sei. Im Anschluß an eine weitere Rede des Staatssekretärs des Innern gelegentlich der Beratung der Krankenversicherungsnovelle (1903), in der von der Verschmelzung der drei sozialpolitischen Gesetze in ein Arbeiterfürsorgegesetz gesprochen wird, nahm dann am 20. April 1903 der Reichstag eine vom Abgeordneten Trimborn eingebrachte Resolution an: „die verbündeten Regierungen zu ersuchen in Erwägungen darüber einzutreten, ob nicht die drei Versicherungsarten (Kranken-, Invaliden- und Unfallversicherung) zum Zwecke der Vereinfachung und Verbilligung der Arbeiterversicherung in eine organische Verbindung zu bringen und die bisherigen Arbeiterversicherungsgesetze in einem einzigen Gesetze zu vereinigen seien."

Seitdem kam Graf Posadowsky noch zweimal auf die Angelegenheit im Reichstage zu sprechen, zuletzt am 2. März 1905 mit folgenden Worten: „Wenn wir heut res integra hätten, würde doch kein vernünftiger Mensch, glaube ich, daran denken, eine besondere Organisation der Krankenversicherung, eine besondere Organisation der Unfallversicherung und eine besondere Organisation der Alters- und Invaliditätsversicherung zu schaffen. Unfall, Krankheit und Invalidität sind doch drei, ich möchte sagen, physiologische Zustände, die miteinander in ihren Ursachen und Wirkungen eng zusammenhängen. Das sogenannte „System" unserer sozialpolitischen Gesetzgebung ist also lediglich ein Erzeugnis chronologischer Ent-

wicklung. Würde man heute die sozialpolitische Gesetzgebung neu aufbauen, dann wäre, glaube ich, in diesem Hause auch nicht der geringste Streit darüber, daß eine einheitliche Organisation geschaffen werden müßte, das würde den Gang des ganzen Werkes wesentlich vereinfachen, verbessern und seine Kosten bedeutend verringern .... Ich glaube also, meine Herren, es muß eine Aufgabe der Zukunft sein, diese drei großen Versicherungsgesellschaften in eine einheitliche Form zusammenzufassen. Ich glaube, daß die Entwicklung dahin gehen muß, daß man einen Unterbau unter berufsmäßiger Leitung schafft, der die sozialpolitische Gesetzgebung innerhalb beschränkter Verwaltungsbezirke in erster Instanz auszuführen hat, der alle Anträge auf ihren sachlichen Inhalt prüft, die Einziehung der Beiträge leitet, die Rentenempfänger überwacht, das Heilverfahren anordnet und die Zahlung der Renten veranlaßt."

Durch diese Stellungnahme der deutschen Volksvertretung und des zuständigen Ressortchefs ist die uns beschäftigende Frage wieder in den Vordergrund getreten. Ihre literarische Behandlung soll hier in großen Zügen dargestellt werden. Es dürfte zweckmäßig sein, die sich an sie knüpfenden wesentlichsten Streitfragen und Vorschläge um einige Hauptgesichtspunkte zu gruppieren.

I. Organisation.

Die erste Frage ist, ob die Zusammenlegung der einzelnen Zweige der Arbeiterversicherung eine materielle Verschmelzung oder nur eine formelle Verbindung durch die äußere Organisation sein soll. Im ersteren Falle erstreckt sich die Zusammenlegung nicht bloß auf die Geschäftsführung, sondern auch auf das Vermögen der jetzt selbständigen Versicherungszweige (Fusion). Eine Fusion würde die Arbeiterfürsorge auf einen ganz neuen Boden stellen, eine Versicherung im Rechtssinne (spezielle Gefahrengemeinschaft, Beziehung zwischen Beitrag und Gefahr) würde dann nicht mehr vorhanden sein. Menzel hat mit Recht hervorgehoben, daß durch eine materielle Verschmelzung etwas ganz Neues geschaffen wird: eine nach Art des Armenrechts gestaltete Fürsorge für die arbeitenden Klassen. Hingegen bleiben bei einer bloß formellen Vereinigung die Gefahrengemeinschaften getrennt; die durch Krankheit, Betriebsunfall, Invalidität entstandenen Schäden werden aus gesonderten Fonds gedeckt, zu denen nach den Anforderungen der einzelnen Versicherungszweige verschieden bemessene Beiträge fließen. Für eine Fusion stimmt vor allem Freund und zwar möchte er sie zunächst auf die Krankenversicherung und Invaliden-

versicherung erstrecken, ebenso Landsberger, während Rosin sich für materielle Verschmelzung der Unfallversicherung mit der Invalidenversicherung ausspricht. Eine Fusion sämtlicher Versicherungszweige empfiehlt Seybold, auch Freund sieht in ihr das Endziel der Entwicklung.

Gegen eine Fusion wendet sich vornehmlich Menzel. Einer Verschmelzung von Invaliden- und Unfallversicherung widersprechen nach seinen Ausführungen die geschichtlichen und rechtlichen Grundlagen der Unfallversicherung. Die Unfallversicherung ist an die Stelle der Haftpflicht getreten, die den Unternehmern das allgemeine Privatrecht und die besondere Haftpflichtgesetzgebung auferlegte. Nach Einführung der Unfallversicherung steht dem Arbeiter nur noch in Ausnahmefällen ein auf diese Rechtstitel gegründeter Anspruch zu. In der Art, wie die Kosten der Unfallversicherung gedeckt werden, liegt die Rechtspflicht der Unternehmer hinsichtlich der Entschädigung. Wird also die Unfallversicherung mit der Invalidenversicherung materiell verschmolzen, so muß, da dann auch Arbeiter und eventuell der Staat an der Kostenaufbringung sich beteiligen würden, der alte Zustand wieder aufleben, jene zahlreichen Schadensersatzprozesse müßten wieder auftauchen, die mit zur Einführung der Unfallversicherung beigetragen haben. Andererseits widersprechen auch die nach der Gefährlichkeit der Betriebe abgestuften Beiträge einer Fusion. Die Staffelung müßte wegfallen, die bisher sicherlich einen Anreiz zur Verhütung von Unfällen bot.

Eine materielle Verschmelzung von Kranken- und Invalidenversicherung billigt Menzel ebenfalls nicht. Die dafür insbesondere von Freund beigebrachten Gründe, daß die Invalidität meist der Abschluß einer Krankheit sei; daß die Kassenorgane am besten beurteilen könnten, ob Invalidität vorliegt; daß schließlich die Invalidenversicherung an einer energischen Prophylaxe das größte Interesse hat und jede Ausgabe der Krankenversicherung in letzter Linie der Invalidenversicherung zugute kommt, rechtfertigen nach seiner Meinung nur eine formelle Vereinigung. Menzel befürchtet, die materielle Verschmelzung könnte die Kosten der Krankenversicherung so hoch schrauben, daß die Sicherheit der Dauerrenten gefährdet wäre. Auch Düttmann kann nicht genug betonen, wie nachteilig die Vermögensgemeinschaft voraussichtlich wirken müßte, das ganze Gebäude der Arbeiterversicherung sieht er durch einen derartigen Schritt ins Schwanken geraten.

Eine bloß organisatorische Vereinigung der Arbeiterversicherungszweige wünschen außer Menzel noch Bödiker, Düttmann,

v. Festenberg-Pakisch, Kulemann, v. Landmann, v. d. Osten, Seelmann, und zwar will Düttmann zunächst nur die Kranken- und Invalidenversicherung, Bödiker die Unfall- und Invalidenversicherung (sog. Rentenversicherung) enger verknüpfen, während die Unfall- bzw. Krankenversicherung vorläufig nur lose angegliedert werden soll. Bödiker findet seine Art der Vereinigung in der Natur der sie betreffenden Versicherungszweige begründet. Während die Rentenversicherung verhältnismäßig seltene aber dauernde Leistungen von relativ hohem Kapitalwert bietet, handelt es sich bei der Krankenversicherung um vorübergehende Unterstützungen von relativ geringem Kapitalwert. Zur Wahrung der Interessen der Gesamtheit soll für die Behandlung der Invaliden- und Altersrenten ein Staatsbeamter in die Vorstände der Landesversicherungsanstalten und der Berufsgenossenschaften eintreten. Möglichst starke organisatorische Vereinheitlichung, aber zugleich intensive Dezentralisierung aller Arbeiterversicherungszweige befürwortet van Drooge.

Ob materielle Verschmelzung oder nicht, in der Forderung eines gemeinschaftlichen lokalen Unterbaues stimmen alle Anhänger einer Vereinheitlichung des Arbeiterversicherungswesens überein. Besonders genau hat sich über die Beschaffenheit und den Aufgabenkreis dieser lokalen Organe Düttmann ausgesprochen, dessen Vorschläge hier kurz wiedergegeben werden sollen. Düttmann wünscht selbständige lokale Behörden mit nicht zu ausgedehntem Geschäftsbezirk für die gesamte Arbeiterversicherung, die er Wohlfahrtsämter (Freund: Arbeiterversicherungsämter) benennen will. Diese Ämter sollen mit einem berufsmäßigen Beamten als Vorsitzenden und wenigstens 4 Beisitzern, die je zur Hälfte aus den Arbeitgebern und Versicherten zu wählen sind, besetzt sein. Das Stimmrecht der Arbeitgeber und Versicherten soll gleich sein; wenn sie sich geschlossen gegenüberstehen, fällt dem Vorstande der Versicherungsanstalt die Entscheidung zu.

Falls also Kranken- und später auch Unfallversicherung nach dem Programm Düttmanns in eine Vereinigung mit der Invalidenversicherung gebracht würden, wären große Veränderungen zu erwarten. Das bisherige Stimmverhältnis bei den Krankenkassen — zwei Drittel Versicherte, ein Drittel Arbeitgeber — würde beseitigt. Für diese Neuregelung tritt insbesondere Freund ein, der diese Art der Stimmenverteilung als sozialpolitisch geradezu verwerflich bezeichnet, da sie Arbeitgeber und Arbeitnehmer notwendig einander entfremden muß. Andererseits würde wieder der

durch nichts gerechtfertigte Ausschluß der Arbeiter von der Verwaltung der Unfallversicherung aufhören. Nach v. Frankenbergs Meinung bürgt die jetzt anderthalb Jahrzehnte währende Entwicklung der Landesversicherungsanstalten dafür, daß die mit gleichem Recht und in gleicher Zahl beteiligten Arbeitgeber und Arbeitnehmer befähigt sind unter Leitung eines von der Behörde ernannten Beamten unparteiische Arbeiterfürsorge zu treiben, so daß so die beste Gewähr gegen Übertreibung eines Prinzipes nach der einen oder anderen Seite hin geboten wird.

Gegen die Einschiebung der Versicherungsanstalten als Instanz für Krankenkassenangelegenheiten wenden sich nachdrücklich die später zu erwähnenden „Forderungen und Vorschläge der Ärzte zur Abänderung der deutschen Arbeiterversicherungsgesetze".

Als Aufgaben der Wohlfahrtsämter bezeichnet Düttmann:

1. Die Verwaltung der Bezirkskrankenkasse; (Nur durch die Mitgliedschaft bei dieser einen Kasse kann der Versicherungspflicht genügt werden. Andere bisherige Kassen können daneben als Zuschußkassen bestehen bleiben. Die Bezirkskrankenkasse wird vom Wohlfahrtsamt für eigene Rechnung verwaltet.)
2. Besorgung der örtlichen Geschäfte der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung: Erhebung der Beiträge, Entgegennahme der Rentenanträge und ihre Begutachtung;
3. Erledigung der ihnen auf dem Gebiet der Unfallversicherung zu übertragenden Geschäfte, vielleicht zunächst nur: Kontrolle der Rentenempfänger, Beobachtung der Unfallverhütungsmaßnahmen in kleinen Betrieben, sofort oder später Entgegennahme von Betriebsanmeldungen, Unfallanzeigen. Vornahme von Unfalluntersuchungen usw.;
4. Ausführung der ihnen später auf dem Gebiet der Krankheitsverhütung, Arbeiterschutzgesetzgebung, der Wohnungskontrolle, des Arbeitsnachweises zu übertragenden Aufgaben.

Die Geschäftsführung der Wohlfahrtsämter soll vom Vorstand der Versicherungsanstalt beaufsichtigt werden. Weitergehende Rechte, nämlich Festsetzung des Voranschlages und Abnahme der Jahresrechnung, werden dem Vorstande der Versicherungsanstalt zugestanden, wenn die Bezirkskrankenkasse bei Überlastung Unterstützungen von der Versicherungsanstalt in Anspruch nimmt. Die Versicherungsanstalten sollen die Kapitalbestände der Krankenkassen verwalten.

Was das Streitverfahren anlangt, so sollen nach Düttmann entschieden werden:

1. Streitigkeiten über Versicherungsverhältnis und Beitragsleistung vom Vorsitzenden des Wohlfahrtsamts und auf Beschwerde von der höheren Verwaltungsbehörde.
2. Streitigkeiten zwischen Versicherten, Arbeitgebern und Gemeinden über Berechnung und Anrechnung von Beiträgen vom Vorsitzenden des Wohlfahrtsamtes endgültig.
3. Streitigkeiten gegen die Bezirkskrankenkasse wegen Unterstützungsanspruchs von dem mit drei Mitgliedern besetzten Wohlfahrtsamt und auf Berufung vom Schiedsgericht für Arbeiterversicherung.
4. Streitigkeiten zwischen verschiedenen Bezirkskrankenkassen vom Vorstande der Versicherungsanstalt und auf Beschwerde vom Reichsversicherungsamt.

In den Fällen zu 1 und 3 soll es dem Vorstand der Versicherungsanstalt, auch wenn er nicht am Streitverfahren beteiligt war, freistehen, falls es sich um Fragen von grundsätzlicher Bedeutung handelt, zugunsten des Versicherten eine Entscheidung des Reichsversicherungsamtes herbeizuführen.

Möglichst weitgehende Befugnisse möchte Lohmar den Wohlfahrtsämtern verleihen. Die Vorsitzenden allein sollen für die Festsetzung des Krankengeldes und Anordnung des Heilverfahrens zuständig sein und das Amt in vorschriftsmäßiger Besetzung soll auch zur Feststellung der Entschädigung — allerdings unter ständiger Bewachung dieser Tätigkeit — die Berechtigung haben. Für die Entschädigungsansprüche sollen drei Instanzen bestehen: Wohlfahrtsamt, Schiedsgericht am Sitz der Versicherungsanstalt, Reichsversicherungsamt. Auch Seelmann wünscht, daß die Wohlfahrtsämter in erster Instanz über die Rentenanträge entscheiden können und noch weitergehend möchte er den genannten Behörden aufgeben, Rechtsauskünfte zu erteilen und Schriftsätze anzufertigen. Seelmann bezeichnet es als „berechtigten Anspruch des Versicherten, daß über seine Rentenansprüche in erster Instanz eine Stelle entscheidet, die einerseits unbeteiligt ist, andererseits nicht schematisch auf Grund des — vielfach recht dürftigen — Akteninhalts, sondern unter Berücksichtigung der individuellen Eigenart des Falles ihr Votum abgibt."

Gegen die Entscheidung von Rentenanträgen seitens der Wohlfahrtsämter in erster Instanz, die auch von Rösicke gebilligt wird, erklären sich Düttmann und Freund, weil sie auf diesem

Wege eine zu ungleichmäßige Durchführung der Rentenversicherung befürchten.

Statt neue Spezialbehörden nach Art der Wohlfahrtsämter zu errichten, möchten Bödiker, v. Festenberg-Pakisch, Sittel die unteren Verwaltungsbehörden des Staates bzw. die Kommunalbehörden mit der Aufgabe betraut wissen, die Angelegenheiten der Arbeiterversicherung in erster Instanz zu besorgen, während v. Landmann, Kulemann, v. d. Osten befürworten, unter gleichzeitiger Zentralisierung des Krankenkassenwesens die bestehenden Krankenkassen als Lokalstellen auch für die übrigen Zweige der Arbeiterversicherung zu organisieren. Letzterem Vorschlage schließt sich Menzel an, der anders eine vollständige Bureaukratisierung der Arbeiterversicherung erwartet.

Gegen eine auch nur organisatorische Verbindung der einzelnen Zweige der Arbeiterversicherung insbesondere gegen die Einbeziehung der Unfallversicherung und der später zu errichtenden Witwen- und Waisenversicherung wenden sich die dem VII. internationalen Kongreß für Arbeiterversicherung (1905 in Wien) von der Krankenkassenkommission des deutschen Ärztevereinsbundes vorgelegten „Forderungen und Vorschläge der Ärzte zur Abänderung der deutschen Arbeiterversicherungsgesetze“. Nur der Aufbau einer Arbeitslosenversicherung und der Arbeitsnachweise auf der Unterlage der Krankenversicherung wird gebilligt, da die Krankenkassen angeblich schon jetzt größtenteils die Aufgaben der noch fehlenden Arbeitslosenversicherung erfüllen müssen. Vornehmlich werden alle bei einem Umbau der Arbeiterversicherung beabsichtigten Einschränkungen der Selbstverwaltung energisch zurückgewiesen.

II. Kreis der Versicherten.

Bei der Zusammenlegung wird auch die Notwendigkeit einer einheitlichen Abgrenzung des Kreises der Vesicherten für sämtliche Versicherungszweige anerkannt. Bisher sind bei der Krankenversicherung die landwirtschaftlichen Arbeiter und die Dienstboten nicht inbegriffen, auch die Unfallversicherung hat noch nicht die Ausdehnung, die zu wünschen wäre. Düttmann greift hier auf die jetzt für die Invalidenversicherung geltenden Bestimmungen zurück, die er aber erweitern möchte. Er empfiehlt darüber hinaus heranzuziehen:

1. sämtliche Hausgewerbetreibenden;
2. die Unternehmer, die nicht regelmäßig wenigstens einen Lohnarbeiter beschäftigen;

3. die nur gegen freien Unterhalt Beschäftigten;
4. die weniger als 16 Jahre alten Lohnarbeiter.

Damit ist das Kriterium der Versicherungspflicht ein anderes geworden wie seither. Lohmar insbesondere betont, daß die grundsätzliche Beschränkung der Versicherungspflicht auf die unselbständigen Personen als verfehlt anzusehen sei. Der kleine Handwerker braucht ebenso Hilfe durch eine Versicherung wie der Fabrikarbeiter mit gleichem Einkommen, wirtschaftliche Unselbständigkeit und Versicherungsbedürftigkeit haben nichts miteinander zu tun. Nur die Höhe des Einkommens kann für die Entstehung der Versicherungspflicht maßgebend sein. Düttmann will, daß die Versicherungspflicht der Personen, die überhaupt nach seinem Programm dem Versicherungszwange unterliegen, erlöschen soll, wenn der Jahresverdienst oder das sonstige Einkommen, mit dem sie zur Steuer herangezogen werden, einen gewissen Betrag (3000 M.) erreicht. Lohmar möchte noch viel weiter gehen. Da einmal eine neue Grundlage für die soziale Versicherung geschaffen wird, stellt er zur Erwägung, ob es nicht angezeigt wäre, die anderweitige spezifische Abgrenzung des Kreises der Versicherungspflichtigen (z. B. nach der Beschäftigung) überhaupt zu unterlassen und schlechthin alle Personen dem Versicherungszwange zu unterwerfen, die selbst kein Einkommen oder Einkommen unter einem gewissen Betrage (2400—3000 M.) haben und denen auch nicht gegen Personen mit höherem Einkommen ein gesetzlicher Anspruch auf Unterhaltsgewährung zusteht. Das würde eine Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses in Zeiten der Arbeitslosigkeit und eine Einbeziehung der nicht gegen Lohn arbeitenden Ehefrauen und Kinder (nach Beendigung der Schulpflicht) bedeuten. Unverkennbar müßte eine derartige Erweiterung des Kreises der Versicherungspflichtigen für die gesamte Durchführung der Arbeiterversicherung eine wünschenswerte Vereinfachung bringen. Den Vorwurf, sie sei der erste Schritt zum sozialistischen Zukunftsstaat, findet Lohmar nicht gerechtfertigt, es handelt sich nach seiner Meinung hierbei nur um eine notwendige Verbesserung der bestehenden Versicherungsgesetze, die den Mangel haben, daß sie nicht für alle Bedürftigen sorgen, sondern nur für solche, die in gewisser Weise erwerbstätig sind. Die „Forderungen und Vorschläge der Ärzte zur Abänderung der deutschen Arbeiterversicherungsgesetze“ erklären sich mit einer Ausdehnung der Versicherungspflicht auf die Hausgewerbetreibenden einschließlich Heimarbeiter, Dienstboten und landwirtschaftliche Arbeiter einverstanden. Für Erweiterung des Kreises der Ver-

sicherten stimmen auch v. Festenberg-Pakisch, Gebhard, Knobloch.

Dagegen hat sich vornehmlich v. Landmann ausgesprochen. Er warnt vor einer Einbeziehung des weiten Kreises der nach dem Invalidenversicherungsgesetz Versicherten unter die übrigen Versicherungsgesetze, auch vor Ausdehnung der Krankenfürsorge auf die landwirtschaftlichen Arbeiter und das Gesinde und wünscht nur dringend die Ausdehnung der Unfallversicherung auf die noch nicht gegen Unfälle versicherten gewerblichen Arbeiter und die Dienstboten.

III. Leistungen der Versicherung.

Bei einer Zusammenfassung der Arbeiterversicherung müßten vor allem klare Bestimmungen über die Entstehung und Modifizierung des Entschädigungsanspruchs getroffen werden, wenn, wie nach Düttmanns Programm, die einzelnen Versicherungszweige vermögensrechtlich selbständig bleiben und nur organisatorisch verbunden werden.

Düttmann macht hierzu folgende Vorschläge: Die Verpflichtung der Träger der Unfall- und Invalidenversicherung soll erst nach dem Ablauf der Krankenunterstützung beginnen. Empfänger von Invaliden- sowie Witwenrenten und von Unfallrenten, die wegen Beschränkung der Erwerbsfähigkeit um mehr als $^2/_3$ gewährt werden, haben keinen Anspruch auf Krankengeld, Empfänger der Renten wegen einer geringeren Verminderung der Erwerbsfähigkeit nur Anspruch auf den Teil des Krankengeldes, der den dreißigsten Teil der Monatsrente übersteigt. Invaliden-, Alters-, Witwen- und Waisenrenten sollen an Personen, die Anspruch auf Unfallrente haben, nur dann gezahlt werden, wenn sie mehr betragen als die Unfallrente, andernfalls soll die Unfallrente der Versicherungsanstalt zufließen. Düttmann schließt zwar die Unfallversicherung vorläufig von einer engeren Angliederung aus, möchte aber doch nicht für immer auf sie verzichten. Falls die Unfallversicherung in die Zusammenlegung einbezogen wird, wünscht Lohmar mit Recht, daß die Verschiedenheiten zwischen Unfall- und Invalidenversicherung hinsichtlich der Entstehung des Entschädigungsanspruchs aufhören sollen. Bei der Unfallversicherung begründet jetzt eine Erwerbsunfähigkeit von 10%, bei der Invalidenversicherung eine solche von $66\,^2/_3$% den Rentenanspruch. Wenn auch der Begriff „Erwerbsunfähigkeit“ in beiden Fällen verschieden ist, so läßt sich doch dieser Unterschied im Maß der geforderten Invalidität niemals

verteidigen. Hier eine Abgleichung vorzunehmen erfordert die Gerechtigkeit und wird die Vereinfachung bei einer Zusammenlegung fördern. Für die Verwaltung würde es nur dankenswert sein, wenn die meist langwierigen und wegen häufiger Simulation schwierigen Untersuchungen, ob die Invalidität Folge eines Unfalls ist oder nicht. in Wegfall kämen.

Der eben behandelte Unterschied zwischen Unfall- und Invalidenversicherung wird bei seiner Beseitigung die Forderung gleich hoher Bemessung der Rente bei Unfallsinvalidität und sonstiger Invalidität nach sich ziehen: Erweiterung der Invalidenrente, Einschränkung der Unfallrente! Lohmar und Rosin treten besonders hierfür ein. Lohmar schlägt vor Erwerbsunfähigkeit unter 30 % überhaupt nicht zu entschädigen, dagegen im Falle völliger Hilflosigkeit die Rente in Höhe des anrechnungsfähigen Jahresarbeitsverdienstes zu gewähren. Bei der Bemessung der Rente ist darauf zu achten, daß der entstandene Schaden nie in vollem Umfange erstattet wird, ein Grundsatz, dem heut nach Lohmars Ansicht die Unfallversicherung unter Umständen nicht genügt. Gegen Abgleichung der Rentenvoraussetzung und Rentenhöhe bei Unfallsinvalidität und sonstiger Invalidität hat sich Seelmann geäußert. Er wünscht eine intensivere Berücksichtigung der Unfallsinvalidität infolge des Fortfalls der Haftpflichtklage und deshalb, weil Unfälle meist bei noch jugendlichen Arbeitern mit großer Familie eintreten, Invalidität dagegen regelmäßig sich erst in späterem Alter findet. Daß im Einzelfalle die hier bestehen bleibende Verschiedenheit Ungerechtigkeit und Härte mit sich bringen kann, ist nicht zu leugnen.

Eine weitere Verschiedenheit, die bei einer Zusammenlegung zu beseitigen wäre, liegt auf dem Gebiet der Krankheitsfürsorge. Die Krankenversicherung gewährt neben freier ärztlicher Behandlung und Arznei nur „Brillen, Bruchbänder und ähnliche Heilmittel“ (die sogenannten kleinen Heilmittel). Die Unfallversicherung bietet dagegen alle Heilmittel sowie die zur Sicherung des Erfolges des Heilverfahrens und zur Erleichterung der Folgen der Verletzung erforderlichen Hilfsmittel. Am freiesten steht die Invalidenversicherung in dieser Beziehung da. Sie kann ein Heilverfahren ohne Beschränkung vornehmen lassen, um drohender Invalidität vorzubeugen, ohne daß jedoch ein Anspruch des Versicherten darauf gegeben ist. Lohmar hält es für richtig einen Anspruch auf Heilverfahren in allen Fällen zu gewähren, wenn das Heilverfahren „zur Beseitigung der Krankheit, zur Beseitigung oder Milderung ihrer Folgen, zur völligen oder teilweisen Wiederher-

stellung der Erwerbsfähigkeit oder zum Zweck der Vorbeugung des Eintritts von Invalidität nach ärztlichem Urteil erforderlich oder zweckmäßig und nach den Verhältnissen angemessen ist". Eine derartige Freiheit hinsichtlich des Heilverfahrens entspricht allein der wichtigsten Aufgabe der Arbeiterversicherung: Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit und Erwerbsfähigkeit.

IV. Aufbringung der Mittel.

Die verschiedenartige Aufbringung der Mittel zur Durchführung der Versicherung gegen Krankheit, Unfall und Invalidität ist, wie oben gezeigt wurde, das hauptsächlichste Hindernis für eine materielle Verschmelzung (Fusion) der drei Arbeiterversicherungszweige. Es kann sich also, will man den Gedanken einer Versicherung nicht aufgeben, nur darum handeln, bei einer formellen Vereinigung die Bemessung und Erhebung der Beiträge nach Möglichkeit einfach und gleichförmig zu gestalten. Düttmann, der, wie nochmals betont sei, vorläufig nur die Kranken- und Invalidenversicherung (sowie die später zu begründende Hinterbliebenenversicherung) organisatorisch zusammenfassen will, schlägt hier folgendes vor: Für die Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung soll ein Beitrag erhoben werden, der je zur Hälfte von Arbeitgebern und Versicherten zu tragen ist (Lohmar Drittelteilung; $^1/_3$ Arbeitgeber, $^1/_3$ Versicherte, $^1/_3$ Reich). Die Höhe des Normalbeitrags wird auf mehrere Jahre (10) im Gesetzgebungswege bestimmt. Von dem Normalbeitrage ist ein festzusetzender Teil an die Versicherungsanstalt abzuführen, während der Rest dem Wohlfahrtsamt zur Bestreitung seiner Ausgaben (Bezirkskrankenkasse!) verbleibt. Falls der dem Wohlfahrtsamt zufließende Teil nicht ausreicht, ist ein für alle Lohnklassen gleicher prozentualer Zuschlag zum Normalbeitrage zugunsten der Bezirkskrankenkasse zu erheben. Solange ein solcher Zuschlag nötig ist, erhält die Bezirkskrankenkasse aus den Mitteln der Versicherungsanstalt einen Zuschuß, der mit der Höhe des Zuschlages steigt. Die Bezirkskrankenkasse bedarf zur Erhebung von Zuschlägen der Zustimmung der Versicherungsanstalt und kann bei deren Versagung die Entscheidung des Reichsversicherungsamtes anrufen.

Was die Höhe der Beiträge bzw. Renten anlangt, so wird es vornehmlich darauf ankommen, ob man sich bei der Rentenversicherung für Umlage- oder Kapitaldeckungsprinzip entscheidet. Düttmann möchte für die Invalidenversicherung die Kapitaldeckung beibehalten wissen, anders fürchtet er zu schroffe, das

wirtschaftliche Leben ungünstig beeinflussende Steigerungen in den Beiträgen und zu ungenügende Sicherstellung einer dauernden Durchführung der Versicherung. Für die Umlegung der Beiträge zur Invalidenversicherung hat sich insbesondere Bödiker ausgesprochen, der das Kapitaldeckungsprinzip nur für die Privatversicherung mit beliebigem Ein- und Austritt in Anspruch nehmen will. Das bisher angesammelte Kapital soll als Reservefonds dienen.

Im Falle einer Zusammenlegung würde es eine Vereinfachung der Verwaltung herbeiführen, wenn bei dieser Gelegenheit vielfach geäußerten Wünschen entsprechend die Erstattung der Beiträge zur Invalidenversicherung wegfiele. Die Beitragserstattung an solche Versicherte, die wegen Bezuges einer Unfallrente die Invalidenrente nicht beziehen können, verliert bei einer Vereinheitlichung der Arbeiterversicherung ohne weiteres die Berechtigung. In der Hauptsache wendet man sich gegen die Beitragserstattung an weibliche Versicherte bei Verheiratung und macht mit Recht geltend, daß sich in diesem Falle die Versicherte um eines augenblicklichen geringen Vorteils willen wertvoller Rechte begibt. Stirbt der Versicherte vor Erlangung einer Rente, so empfiehlt Lohmar an die Stelle der Beitragserstattung ein mäßiges Sterbegeld zu setzen.

Schließlich haben wir noch der Erhebung der Beiträge zu gedenken, die im Falle einer Vereinigung auch möglichst einheitlich und einfach zu gestalten wäre. Das würde durch eine direkte Einziehung von Lohnprozenten erreicht, die auf Grund von Lohnnachweisungen zu erfolgen hätte. Das Lohnklassensystem wäre damit unnötig geworden und mit ihm könnte auch die Beitragsmarke beseitigt werden.

Die Beitragsmarke wird von Freund und Düttmann beibehalten, der erstere möchte sie sogar auch für die Krankenversicherung in Anspruch nehmen. Ihr besonderer Gegner ist Bödiker, außerdem verwerfen sie Knobloch, Kulemann, Lohmar, Seybold. Die Beitragsmarke ist einer Zusammenlegung und der mit ihr notwendig werdenden Dezentralisierung hinderlich, da sie zusammen mit der Quittungskarte eine möglichst zentralisierte Verwaltung verlangt. Falls man das Äquivalenzprinzip und den Grundsatz der Rentensteigerung nicht aufgeben will, muß an die Stelle der Marke ein anderes Beweismittel für die Beitragsleistung (Arbeitsbuch!) gesetzt werden. Bödiker erklärt sich für eine Einheitsrente, möchte aber eine Rentensteigerung eintreten lassen, wenn durch ein fakultatives Arbeitsbuch der Nachweis längerer

Beschäftigung und höheren Lohnes geführt wird. Die Nachteile des Markensystems sind hinlänglich bekannt, hier sei nur die Begünstigung der Beitragshinterziehung und die Belästigung der Arbeitgeber erwähnt.

Es bedarf keines Hinweises, daß hier nur eine Auswahl aus den literarischen Produkten über die Arbeiterversicherungszusammenlegung geboten werden sollte. Sie war nicht zum wenigsten im Hinblick auf die Aktualität der gemachten Vorschläge zu treffen und kann nur den Zweck haben, über die Hauptströmungen in der Diskussion, über die Vereinheitlichung des Arbeiterversicherungswesens und die wichtigsten an sie sich knüpfenden Reformfragen einigermaßen zu orientieren.

Bei der eingangs erwähnten Konferenz im Reichsamt des Innern über die Revision der Arbeiterversicherungsgesetze vom 4.—9. November 1895 wurden insbesondere die Vorschläge von Bödiker und Freund erwogen. Am Schluß der Beratungen wurde mehrfach betont, daß einer Verwirklichung dieser Programme noch deren weitere Ausreifung und Durcharbeitung vorhergehen müßte. Im Projekt Bödikers sah man vor allem Schwierigkeiten für die landwirtschaftliche Unfallversicherung entstehen, deren einfache und billige Verwaltung durch die jetzigen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften erheblich leiden müßte, wenn Betriebe der Land- und Forstwirtschaft mit anderen Berufszweigen von teilweise hoher Unfallgefahr in gleichen territorialen Anstalten versichert werden. Den von Freund gemachten Vorschlägen wurde nachgesagt, daß sie zu sehr auf großstädtische Verhältnisse zugeschnitten seien und dem platten Lande nicht genügend Rechnung trügen. Diese Beanstandungen ergaben sich aus der innersten Konstitution der betreffenden Projekte und sind ohne ihre Preisgabe nicht aus der Welt zu schaffen. Wenn man sich aufs prophezeien verlegen will, kann man sagen, daß wohl dem von Düttmann aufgestellten Programm die Zukunft gehören wird, wenngleich das nicht für alle seine Einzelheiten behauptet werden soll. Düttmanns Vorschläge sind zweckmäßig und durchführbar, ihnen steht kein Bedenken entgegen, das sie in ihren Grundlagen erschüttern könnte. Die sich vor der Hand auf Kranken- und Invalidenversicherung erstreckende enge organisatorische Zusammenfassung würde eine bedeutende Vereinheitlichung und Vereinfachung des Arbeiterversicherungswesens herbeiführen und noch Zeit gewähren, die Schwierigkeiten eines völligen Anschlusses der Unfall-

versicherung und ihre Beseitigung genügend zu erwägen. Die Erweiterung des Kreises der Versicherten entspräche den alten Forderungen der Sozialpolitiker. Für die Durchführung der Versicherungsgesetze wären die stets verlangten sozialen Lokalbehörden erreicht. Außerdem enthält das Programm viele kleinere Verbesserungen. Mit dem insbesondere von den Organen der Krankenversicherung ausgehenden starken Widerspruch wird man sich abfinden müssen. Gegner werden allen Zusammenlegungsprojekten erstehen, sowie eine oder die andere der bestehenden Organisationen etwas zu verlieren glaubt.

Literatur. Arens, W., Die Verschmelzung der deutschen Arbeiterversicherung. „Schweiz. Bl. f. Wirtsch.- u. Sozialpolitik" XII, S. 669. — Ascher, Die Vereinfachung der Arbeiterversicherung. „Deutsche mediz. Wochenschr.", XXX, 11. — Bödiker, T., Die Reichsversicherungsgesetzgebung. Leipzig 1898. — Vereinfachung der Arbeiterversicherung. Schriften des VII. internat. Kongr. f. Arbeitervers., 1905. — van Drooge, J., Vereinheitfichung und Dezentralisierung der Arbeiterversicherung. Schriften d. VII. internat. Kongr. f. Arbeiterversicherung 1905. — Düttmann, Umbau der Arbeiterversicherung. „Arbeiterversorgung", 1904, 18, 19 (auch als Sonderabdruck erschienen). — Umbau der Arbeiterversicherung. „Invaliditäts- u. Altersversich. im Deutsch. Reich", 1903/04, S. 145. — v. Festenberg-Pakisch, H., Betrachtungen und Vorschläge betreffend Organisation der sozialpolitischen Gesetzgebung. Berlin 1894. — v. Frankenberg, Die Vereinheitlichung der Arbeiterversicherung. „Zeitschrift für die. gesamte Versicherungswissenschaft", IV, 4. — Freund, R., Die Zentralisation der Arbeiterversicherung. Berlin 1888. — Die Vereinfachung der Arbeiterversicherung. „Preuß. Jahrbücher", Bd. 84, Heft 2. — Invaliditäts- und Krankenversicherung. „Soziale Praxis", VIII, 14. — Die Verschmelzung der Krankenversicherung u. der Invalidenversicherung. „Soziale Praxis", XII, 22. — Die Vereinfachung der Arbeiterversicherung. „Dtsch. mediz. Wochenschr.", XXX, 7. — Fuld, Die Revision der Arbeiterversicherung. „Invaliditäts- u. Altersvers. im Deutschen Reich", Jahrg. 1895/96, Nr. 21. — Gebhard. Die Reform der Invaliditäts- und Altersversicherung. Mainz 1893. — Herzfeld, Die Vereinfachung der Arbeiterversicherung. „Deutsche mediz. Wochenschr.", XXX, 9. — Kleeis, F., Ausbau der Invalidenversicherung zu einer allgemeinen Volksversicherung. „Sozialistische Monatshefte", VIII, 7. — Knobloch, Reform der Invaliditäts- und Altersversicherung. „Invalid.- u. Altersversichg. im Dtsch. R.", Jahrg. 1895/96, Nr. 16. — Die Beseitigung der Beitragsmarken. Jena 1896. — Kulemann, W., Die Reform unserer Sozialversicherung. Leipzig 1894. — v. Landmann, R., Über die Vereinfachung der Arbeiterversicherung. „Preuß. Jahrb.", 1894, II. — Landsberger, Vereinfachung der deutschen Arbeiterversicherung. „Soziale Praxis", XIII. — Lange, E., Die positive Weiterentwicklung der Arbeiterversicherungsgesetzgebung. Brauns „Archiv für soziale Gesetzgebung", V. — Leicht, Zur Vereinigung und Vereinfachung der sozialpolitischen Gesetzgebung. „Arbeiterversorgung", 1903, S. 761. — Lohmar, P., Über Reform und Vereinheitlichung unserer Arbeiterversicherung. Köln 1905. — Menzel, A., Zur Frage der Vereinfachung der Arbeiterversicherung. Schr. d. VII. internat. Kongr.

f. Arbeitervers., 1905. — v. d. Osten, Grundsätze einer Reform der Arbeiterversicherung. Mainz 1894. — Platter, J., Zur projektierten Organisation der deutschen Alters- und Invalidenversicherung. „Deutsche Warte“, 1888, Heft 12. — Rabe, Vereinfachung der Arbeiterversicherung. „Deutsche mediz. Wochenschr.“, XXX, 9. — Romacher, G., Die Reichsversicherung. Berlin 1904. — Rösicke, R., Zur Lage der Arbeiterversicherung. „Soziale Praxis“, 1898, Nr. 15. — Rosin, H., Umschau und Vorschau auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung. Berlin 1898 u. „Verwaltungsarchiv“, Bd. VI, Heft 1. — Seelmann, Umbau der Arbeiterversicherung. „Soziale Praxis“, XIV, 16. — Das Selbstverwaltungsrecht der Krankenkassen — Eine Betrachtung im Hinblick auf den geplanten Umbau der Arbeiterversicherung. Frankfurt a. M. (E. Schnapper). — Die Beziehungen der Krankenkassen zur Invalidenversicherung. „Volkstüml. Zeitschr. f. prakt. Arbeiterversicherung“, X, 3, 4, 11, 13, 14, 16. — Die Verschmelzung der Kranken- und Invalidenversicherung. „Mediz. Reform“, XII, 33, 34. — Der Ausbau der Invalidenversicherung zu einer allgemeinen Volksversicherung. „Arbeiterversorgung“. 1903, S. 145. — Seybold, K., Das Gesamtversicherungsgesetz. Straßburg 1894. — Die Vereinfachung der Arbeiterversicherungsgesetzgebung. „Soziale Praxis“, XIV, 25. — Sittel, Vorschläge zur Beseitigung des Klebesystems. „Invalid.- u. Altersvers. im Dtsch. R.“, IV, 1. — Sturm, Zur Reform der Arbeiterversicherung. „Invalid.- u. Altersvers. im Dtsch. R.“, Jahrg. 1895/96, Nr. 7. — Weiß, Zur Weiterentwicklung der Arbeiterversicherung. „Soziale Praxis“, XII, 20. — Zacher, Zur Vereinfachung der Arbeiterversicherung. „Arbeiterversorgung“, 1903, S. 577. — Zeller, Die Vereinfachung und Verschmelzung der Arbeiterversicherung. Leipzig 1896 u. „Zeitschr. f. Versicherungs-Recht u. -Wissenschaft“, I, S. 681.

Das preußische Gesetz, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 28. August 1905

unter Berücksichtigung des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900.

Von Dr. Franz Nesemann,
Regierungs- und Medizinalrat in Berlin.

Das Verfahren bei der Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten war in Preußen durch die Allerhöchst bestätigten sanitätspolizeilichen Vorschriften (Regulativ) bei ansteckendenden Krankheiten vom 8. August 1835 gesetzlich in weitgehender Weise geregelt worden. In diesem Regulativ hatte außer Cholera und Pocken auch eine größere Zahl von einheimischen Krankheiten Berücksichtigung gefunden, deren Übertragbarkeit wir auch heute annehmen, so Typhus (das Regulativ versteht hierunter allerdings nur Flecktyphus), Ruhr, kontagiöse Augenkrankheit, Syphilis, Masern, Röteln und Scharlach, dann andere, die wir nicht mehr zu den Infektionskrankheiten rechnen können, so Krätze, bösartiger Kopfgrind und Gicht, dann auch Weichselzopf, der nach neueren Forschungen wohl überhaupt aus der Reihe der Krankheiten ausscheiden muß. Außerdem enthielt das Regulativ auch einige wenige Vorschriften mit Bezug auf Schwindsucht und Krebs, sowie sehr eingehende bezüglich der auf den Menschen übertragbaren Tierkrankheiten, Tollwut, Milzbrand, Rotz und Wurm.

Das Regulativ war ein ungemein klares und durchdachtes, allen Verhältnissen Rechnung tragendes Gesetz. Der beste Beweis dafür ist wohl der, daß es siebzig Jahre hindurch trotz aller Wandlungen der medizinischen Anschauungen der Sanitätspolizei eine Handhabe

zur Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten zu bieten vermochte.

Wenn man auch die Krankheitserreger zu damaliger Zeit nicht kannte oder sich nur unklare Vorstellungen von ihnen machte, so zeugt doch mehr als eine Bestimmung des Regulativs davon, daß man die Wege, auf welchen die Ausbreitung der ansteckenden Krankheiten erfolgte, sehr gut beobachtet hatte.

So muß es doch gewiß als ein Zeichen guter Beobachtung gelten, wenn schon 5 Jahre nach dem ersten Einstellen der Cholera in Preußen der § 28 des Regulativs die uns ganz modern ansprechenden einleitenden Worte enthalten konnte: „Da die Erfahrung gelehrt hat, daß die Cholera besonders durch die Schiffahrt befördert wird, so wird in dieser Hinsicht festgesetzt usw."

Auch die nun folgenden Bestimmungen über die Einrichtung von gesundheitlichen Überwachungsstationen für die Schiffer an den Wasserstraßen, wie sie ja auch auf Grund unserer heutigen Anschauungen zuerst im Jahre 1892, wenn auch in mehr zweckentsprechender Form wieder ins Leben traten, und andere Vorschriften sprechen für hohe Erkenntnis und Einsicht.

Auch die sonst zur Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten erlassenen Bestimmungen, so die Festsetzung der Anzeigepflicht in § 9 für alle Familienhäupter, Haus- und Gastwirte sowie Medizinalpersonen mit Bezug auf alle in ihrer Familie, ihrem Hause und ihrer Praxis vorkommenden Fälle wichtiger und dem Gemeinwesen gefahrdrohender Krankheiten nach Maßgabe spezieller Vorschriften, die Bestimmungen über die Absonderung der Kranken, Behandlung der Leichen und Desinfektion der Effekten sind so grundlegende, daß sie auch in die neuen Gesetze als wesentliche Faktoren zur Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten Aufnahme gefunden haben.

Trotz so wesentlicher Vorzüge des Regulativs konnte es jedoch nicht ausbleiben, daß mit der immermehr zunehmenden Kenntnis der Krankheitserreger und ihrer Lebensbedingungen, wie sie durch die Forschungen der Bakteriologen, vor allem aber von Robert Koch, vermittelt wurde, und der damit notwendig im Zusammenhange stehenden Änderung der Anschauungen über die Art der Infektion bei einer Reihe ansteckender Krankheiten, doch eine Anzahl im Regulativ vertretener Anschauungen und darauf sich gründender Bestimmungen, so besonders über die Art der Desinfektion, sich nicht mehr halten ließ.

Dazu kam, daß durch den weltumspannenden Verkehr exotische

Krankheiten für uns eine Bedeutung erlangt haben, die sie bei Erlaß des Regulativs nicht gehabt hatten, so besonders die Pest, dann aber auch der Aussatz und das Gelbfieber. Eine Anzahl anderer übertragbarer Krankheiten hatte man erst allmählich als besondere Krankheiten zu unterscheiden gelernt, so das Kindbettfieber, den Unterleibstyphus, die übertragbare Genickstarre, das Rückfallfieber und die nicht zur Syphilis gehörenden Geschlechtskrankheiten, während die Diphtherie als neue Krankheit bei uns eingewandert ist und sich leider Heimatsrecht erworben hat. Alle diese Krankheiten konnten natürlicherweise im Regulativ keine Berücksichtigung finden.

Diese fühlbare Lücke suchte man durch Erlaß von Polizeiverordnungen auszufüllen, welche die Anzeigepflicht und Desinfektionspflicht bei einzelnen dieser Krankheiten, namentlich Diphtherie, Kindbettfieber und Genickstarre für die ganze Provinz oder einen Regierungsbezirk oder auch einen Stadtbezirk vorschrieben. Da die Gerichte aber den Standpunkt vertraten, daß das Verfahren bei ansteckenden Krankheiten durch das Regulativ vom 8. August 1835 gesetzlich geregelt und daher jede Polizeiverordnung, soweit sie über die Bestimmungen des Regulativs hinausgehe, der gesetzlichen Unterlage entbehre und nicht rechtsgültig sei, blieben die Bestimmungen der betreffenden Polizeiverordnungen nur so lange wirksam, als sie befolgt wurden.

Endlich hatte das Regulativ auch nur für die alten preußischen Provinzen Geltung, während man in den neuen Provinzen sich durch den Erlaß von Polizeiverordnungen zu helfen gesucht hatte. Die sich hieraus ergebenden Ungleichmäßigkeiten der Bestimmungen und des Verfahrens, dann auch der Umstand, daß im Einzelfall bei dem Fehlen gesetzlicher Bestimmungen sich Schwierigkeiten bei der Durchführung polizeilicher Maßnahmen ergaben, ließen auch hier eine Änderung der Zustände als dringend erwünscht erscheinen. So lagen die Verhältnisse, als im Jahre 1892 plötzlich die furchtbare Cholerakatastrophe über Hamburg einbrach, von der aus die Krankheitskeime weit hinaus verschleppt wurden. Wenn es auch an keinen anderen Orten zur Bildung von Krankheitsherden kam, so hatte es sich doch wohl deutlich herausgestellt, daß die den Behörden gesetzlich oder im Wege von Verordnungen gegebene Möglichkeit zum Einschreiten nicht ausreichte, um die Bekämpfung der Krankheit auf Grund der gewonnenen Erkenntnis wirksam zu gestalten.

Die Annahme dürfte daher wohl keine irrige sein, daß die

Reichsregierung durch die Choleraepidemie von 1892 bestimmt wurde, die Bekämpfung der ansteckeuden Krankheiten im Wege der Gesetzgebung baldigst zu regeln.

Hierauf läßt auch die Begründung des dem Reichstage im Jahre 1893 zugegangenen Entwurfs eines Gesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten schließen.

In diesem Entwurf heißt es:

Der Erlaß eines Reichsgesetzes über die Bekämpfung der Volksseuchen bildet schon seit geraumer Zeit einen lebhaften, wiederholt zum Ausdruck gebrachten Wunsch der ärztlichen Kreise. Besonders empfindlich hat sich der Mangel eines solchen Gesetzes bei dem Auftreten der Cholera im Jahre 1892 fühlbar gemacht, und zwar nicht nur für die ärztlichen Kreise, sondern auch für die Behörden und für alle im Handel und Verkehr beteiligten Bevölkerungsgruppen.

Nur bezüglich der Gefahr einer Einschleppung der Seuche auf dem Seewege war ein gleichmäßiges Verfahren für alle deutschen Häfen durch die im Jahre 1883 von den Bundesseestaaten auf Grund vorheriger Vereinbarung erlassenen Vorschriften einigermaßen sicher gestellt. Im übrigen fehlte es dagegen an einheitlichen, die Behörden im ganzen Reiche ohne weiteres bindenden und das Verhalten der Bevölkerung leitenden Bestimmungen. Die Reichsverwaltung mußte sich darauf beschränken, diejenigen Grundsätze, welche nach dem Urteile des von ihr befragten Sachverständigen gegenüber der Choleragefahr zweckmäßig zu befolgen sind, festzustellen und die Durchführung derselben den Landesregierungen zu empfehlen. Sie mußte sich in einzelnen Fällen auch zu einem Eingreifen entschließen, dessen verfassungsmäßige Berechtigung nicht ganz außer Zweifel war, auch nicht überall ohne Beanstandung geblieben ist. Wenngleich es auf diesem Wege glücklicherweise gelungen ist, für die unmittelbare Bekämpfung der Cholera von den Ausbruchsorten zweckentsprechende Anordnungen herbeizuführen, so bringt doch ein solches Verfahren einen Zeitverlust mit sich, der bei der Eilbedürftigkeit der Abwehrmaßregeln in hohem Maße unerwünscht ist und ihrer Wirksamkeit leicht Abbruch tun kann.

Der von der Staatsregierung eingebrachte Gesetzentwurf wurde im Jahre 1893 vom Reichstage einer Kommission überwiesen und gelangte im nächsten Jahre ohne wesentliche Veränderung zur nochmaligen Vorlage, ohne indessen auch jetzt vom

Reichstage verabschiedet zu werden. Da dringliche andere gesetzliche Aufgaben vorlagen, ruhte die Angelegenheit bis zum Jahre 1900. Die Choleragefahr war freilich vorläufig wieder für die deutschen Lande geschwunden, dafür klopfte aber ein noch unheimlicherer Gast, die Pest, an die Pforten Europas. Hauptsächlich wohl unter dem Eindruck dieser neuen Gefahr zeigte sich der Reichstag nunmehr bereit, den ihm wieder vorgelegten Entwurf des oben erwähnten Gesetzes anzunehmen, so daß das Gesetz mit dem 30. Juni 1900 in Kraft treten konnte.

Das Gesetz traf nur Bestimmungen, betreffend die Bekämpfung einer Anzahl gemeingefährlicher Krankheiten, d. h. solcher Krankheiten, welche wir als Volksseuchen zu bezeichnen pflegen, weshalb das Gesetz auch wohl das Reichsseuchengesetz genannt wird. Es werden als solche Krankheiten besonders namhaft gemacht: Lepra, asiatische Cholera, Flecktyphus, Gelbfieber, Pest und Pocken.

Ausgeschlossen blieben demnach alle unsere einheimischen Krankheiten.

Nach § 48 des Gesetzes wurden landesrechtliche Vorschriften über die Bekämpfung anderer als der genannten übertragbaren Krankheiten durch das Gesetz nicht berührt. Danach blieb in Preußen die Sachlage in betreff aller dieser einheimischen übertragbaren Krankheiten eine so wenig befriedigende, wie dieses oben geschildert worden ist.

Nach § 5 Abs. 2 des Reichsseuchengesetzes vom 30. Juni 1900 können freilich auch andere übertragbare Krankheiten als die bisher in dem Gesetz benannten in die Bestimmungen dieses Gesetzes durch Beschluß des Bundesrats einbezogen werden. Es wäre damit also die Möglichkeit gegeben gewesen, die in Preußen empfundene Lücke im Wege der Reichsgesetzgebung auszufüllen.

Von seiten des Bundesrats scheint aber keine Neigung vorhanden gewesen zu sein, eine Erweiterung des Reichsseuchengesetzes seine Zustimmung zu geben. So entschloß sich denn die preußische Regierung die Angelegenheit im Wege der preußischen Gesetzgebung zu ordnen und dem Abgeordnetenhause im Jahre 1903 einen bezüglichen Gesetzentwurf vorzulegen. In der Begründung dieses Gesetzentwurfs wird ausgeführt, daß das Reichsgesetz betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vom 30. Juni 1900 abgesehen von einigen wenigen Bestimmungen von allgemeiner Bedeutung, sich nur mit der Bekämpfung der Volksseuchen befaßt habe, während es die eigentliche Bekämpfung

der anderen übertragbaren Krankheiten, insbesondere die Anordnung der Abwehr- und Unterdrückungsmaßnahmen außerdem aber auch den Erlaß einer Reihe von Ausführungsbestimmungen für die Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten (Volksseuchen) den Landesgesetzen überlasse.

Dieser dem Abgeordnetenhause im Jahre 1903 zugegangene Entwurf trug dementsprechend auch die Bezeichnung: Entwurf eines Ausführungsgesetzes zu dem Reichsgesetz betr. die Bekämpfung gemeingefährllcher Krankheiten vom 30. Juni 1900.

Der Gesetzentwurf gelangte im Jahre 1903 im Abgeordnetenhause nicht zur Verabschiedung. Im Jahre 1904 wurde er dann mit geringen Änderungen dem Abgeordnetenhause abermals vorgelegt, von diesem aber einer Kommission überwiesen, aus welcher er mit nicht unwesentlichen Änderungen dem Hause wieder zuging. um von diesem nochmals an die Kommission zurückverwiesen zu werden. Im Februar 1905 gelangte der Entwurf wieder im Plenum des Abgeordnetenhauses zur Beratung. Bei dieser ergaben sich in betreff der Kostenfrage sehr wesentliche Differenzen zwischen den Beschlüssen des Hauses einerseits und dem Standpunkt der beteiligten Ministerien der Medizinalangelegenheiten und der Finanzen andererseits, so daß es zu einer Vertagung der Beratungen kam. Nachdem inzwischen Kompromißverhandlungen zu einem Einvernehmen zwischen Staatsregierung und Abgeordnetenhaus geführt hatten, erfolgte im April die Annahme des Gesetzes von seiten der Abgeordnetenhauses. Weitere Veränderungen erlitt es noch im Herrenhause, mit welchen es jedoch bei nochmaliger Beratung im Abgeordnetenhause von diesem endgültig angenommen wurde. So konnte denn am 28. August 1905 die Allerhöchste Genehmigung des Gesetzes erfolgen, das inzwischen auch seine Bezeichnung geändert hatte, da es nunmehr das Gesetz betreffend Bekämpfung übertragbarer Krankheiten genannt wurde.

Nachdem noch die in § 38 Abs. 3 des Gesetzes vorgesehenen Ausführungsbestimmungen vom Minister der Medizinalangelegenheiten im Einvernehmen mit den sonst beteiligten Ministern unter dem 5. Oktober 1905 erlassen worden waren, wurde das Gesetz durch Königliche Verordnung vom 10. Oktober 1905 mit dem 20. Oktober 1905 in Kraft gesetzt. Die Veränderungen und Einschränkungen, welche dieses bei seinen vielfachen Schicksalen erlitten hat, sind zwar teilweise auch solche, welche man im

sanitären Interesse nur bedauern kann, immerhin ist aber das Gesetz auch in seiner jetzigen Gestalt als ein wesentlicher Fortschritt auf dem Wege zur Bekämpfung der Infektionskrankheiten zu begrüßen. Wie schon aus der oben erwähnten Bezeichnung des ersten im Jahre 1903 dem Abgeordnetenhause zugegangenen Entwurf hervorgeht, bildet das Gesetz im wesentlichen ein Ausführungsgesetz zu dem Reichsgesetz betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900. Da es sich auch häufig auf die einzelnen Bestimmuugen des letzteren Gesetzes bezieht, ist es ohne Kenntnis dieses Gesetzes vom 30. Juni 1900 überhaupt nicht zu verstehen.

Es liegt nun für unsere Zwecke nicht die Absicht vor, im folgenden eine spezielle Erläuterung auch zu dem Reichsgesetz vom 30. Juni 1900 zu geben. Von einer solchen kann bei dem letzteren schon deswegen abgesehen werden, weil nach den Bestimmungen dieses Gesetzes die Aufgabe des behandelnden Arztes mit Bezug auf das Gemeinwohl eigentlich aufhört, sobald er die Anzeige von dem Vorhandensein des betreffenden Krankheitsfalles erstattet hat, da dann alle weiteren Maßnahmen dem beamteten Arzt bzw. der Polizeibehörde obliegen, während bei dem preußischen Gesetze vom 28. August 1905 die Mitwirkung des behandelnden Arztes in viel weitergehendem Maße in Anspruch genommen wird.

Im übrigen wird aber auch bei der Besprechung des letzteren Gesetzes überall dort, wo es das Verständnis erfordert, auf die Bestimmungen des Reichsseuchengesetzes einzugehen sein.

(Fortsetzung folgt.)

Sozialmedizinische Kasuistik.

Anrechnung der Militärdienstzeit eines „unsicheren Dienstpflichtigen" für die Invalidenversicherung. (Entscheidung des Reichs-Versicherungsamtes vom 29. Februar 1905 Nr. 1198.) Der Kläger war vom 10. März 1891 bis 30. September 1893 versicherungspflichtig tätig und ist seinen Verpflichtungen an die Invalidenversicherung gesetzmäßig nachgekommen. Er diente sodann vom Oktober 1893 bis Mitte Juli 1894 in der französischen Fremdenlegion und im Anschluß daran vom 23. Juli 1894 bis 29. September 1896 im deutschen Heere. Vom 18. Oktober 1896 war er wiederum in Deutschland tätig und hat bis zum 14. August 1903 regelmäßig Invalidenbeiträge bezahlt. In der Vorinstanz sollte dem Kläger seine Dienstzeit im deutschen Heere auf die Wartezeit aus dem Grunde nicht angerechnet werden, weil die Dienstzeit sich nicht unmittelbar an einen versicherungspflichtig ausgeübten Beruf anschloß. Dem hängt zwar nach einer Revisionsentscheidung (1010. Amtl. Nachr. des R.-V.-A. 1902 S. 592) die Anrechnung einer Ersatztatsache von einer dieser vorausgegangenen Beitragsleistung ab, es ist dagegen nicht gesagt, daß sie sich unmittelbar an eine Arbeitszeit anschließen muß, in der Versicherungsgelder gezahlt wurden. Nach Revisionsentscheidungen (1049. Amtl. Nachr. des R.-V.-A. 1903 S. 386 und 1113. daselbst 1904 S. 356) ist nur die Annahme erforderlich, daß der Versicherte in Anbetracht seiner Verhältnisse, falls er nicht seiner Wehrpflicht nachgekommen oder krank gewesen wäre, in dieser Zeit einer versicherungspflichtigen Beschäftigung nachgegangen wäre. Nach einer Auskunft der Militär- oder Zivilbehörden war der Versicherte 1894 der Musterung ohne Entschuldigung ferngeblieben, hatte sich jedoch in den vorhergegangenen Jahren 1892 und 1893 gestellt. Auf eigenes Ersuchen des Klägers an seinen Vater sowie durch Verwendung des Statthalters von Elsaß-Lothringen wurde er Mitte Juli 1894 aus der Fremdenlegion, in der er damals diente, freigegeben, worauf er in die Heimat zurückkehrte. Nach seiner Rückkehr wurde er am 23. Juli 1894 als „unsicherer Dienstpflichtiger" in das Heer eingestellt; seine aktive Dienstzeit wurde vom nächsten Rekruteneinstellungstermin ab gerechnet. Es waren also die Vorbedingungen für die Anrechnung der Dienstzeit erfüllt: Kläger hatte vor dieser Zeit Beiträge gezahlt; es war auch anzunehmen, daß er dies nach seiner Rückkehr ins Inland wieder getan hätte, wenn er nicht sogleich eingezogen worden wäre. Es wurde die Zeit von seiner Diensteinstellung bis zu dem üblichen Rekruteneinstellungstermin dagegen nicht gerechnet, da er als „unsicherer Dienst-

pflichtiger" wegen der Gefahr der Dienstentziehung sofort außerterminlich eingestellt war (s. Verordnung vom 22. November 1888 § 7, 2 und Reichs-Militärgesetz vom 2. Mai 1874/76 § 33, II, Satz 2 und 3). Wenn nun Kläger nach seiner Entlassung vom Militär vom 29. September bis zum 18. Oktober 1896 keine Invalidenbeiträge gezahlt hat, so war anzunehmen, daß er zwar den Willen hatte zu arbeiten, wie er es bereits vor seiner Dienstzeit bewiesen hatte (s. Vorgeschichte), daß es ihm aber nicht sogleich gelang, Arbeit zu finden. Wenn sich zwar Kläger ¾ Jahr im Auslande aufgehalten hat, offenbar, um sich seiner Dienstpflicht zu entziehen, so war das nicht Grund genug, die Militärzeit nicht in Anrechnung zu bringen: es war auch andererseits aus der Freiwilligkeit seiner Rückkehr zu schließen, daß er die Absicht hatte, wiederum im Inlande dauernd Beschäftigung zu finden.

Es wurden deshalb, wie bereits gesagt, die Wochen während der Dienstzeit nach dem I.-V.-G. § 30, II, 1), mit Ausnahme der Zeit von der Einstellung bis zum nächsten Rekruteneinstellungstermin, d. h. vom 1. Oktober 1894 bis zum 29. September 1896, dem Kläger als Beitragswochen angerechnet.

Abgewiesener Anspruch auf Unfallrente bei einem Fall von Perforation der Speiseröhre durch Berstung eines Aneurysmas.[1]) Der Werkarbeiter Sch. erlitt im Herbst 1904 einen Unfall, indem ihm beim Herausziehen eines Blocks aus dem Rollofen der Haken an dem Block abglitt und gegen den Unterleib flog. Dem Sch. riß infolge des Unfalls der Leibriemen, er mußte sich den Unterleib mit beiden Händen halten und klagte über Schmerzen. Nach einer kleinen Erholungspause hat Sch. laut Zeugenaussagen weiter gearbeitet, soll aber seit dieser Zeit gekränkelt und wochenlang die Arbeit eingestellt haben.

Vom 5. August bis zum 27. September 1904 wurde Sch. an Luftröhrenkatarrh und Asthma ärztlich behandelt und holte auch später noch wiederholt wegen Husten und Atemnot ärztlichen Rat ein. Am 28. Februar 1905 erkrankte Sch. von neuem: er hatte dieselben Klagen, verbunden mit Schlingbeschwerden. Dem behandelnden Arzte hatte er nichts von dem Unfall mitgeteilt. Es wurde Speiseröhrenkrebs diagnostiziert. Am 16. März 1905 trat der Tod ein. Die Sektion wurde vorgenommen. Es ergab sich, daß ein großes Aneurysma bestanden hatte, das die Speiseröhre säbelscheidenmäßig komprimierte. Der Tod war infolge des Berstens des Aneurysmas und einer Zerreißung der Speiseröhre eingetreten: es lag eine Verblutung durch Riß der Brustschlagader vor. Nach dem amtlichen Gutachten hat bereits vor dem Unfall eine Atheromatose der Brustschlagader bestanden und ebenso eine Ausbuchtung in der Gegend des Risses.

Der Gutachter stellte fest, daß der Tod nicht als Folge der Unfallverletzung aufzufassen sei, und stützte sich dabei auf folgende vier Punkte:

1. Ein chronisches Leiden der Brustschlagader hatte bei dem Verstorbenen bereits vor dem Unfall bestanden.

2. Es waren bereits vor dem Unfall Klagen über Speiseröhrenverengerung geäußert worden, die allerdings nicht auf Erweiterung der Brustschlagader zurückgeführt, sondern falsch aufgefaßt worden waren.

3. Die Beschwerden nach dem Unfall sprachen nicht für eine plötzliche Zunahme der Erweiterung.

---

[1]) Mitteilung von Kornfeld i. d. Monatsschrift f. Unfallheilkunde und Invalidenwesen 1906 I.



4. In Behandlung hatte sich allerdings der Verstorbene nach dem Unfall begeben; er hatte jedoch nicht über Beschwerden in der von dem Unfall betroffenen Gegend geklagt, sondern nur über Zunahme der früheren Krankheitssymptome.

Im August 1904 war die Arbeitsfähigkeit des Sch. stark herabgesetzt, im September fast geschwunden; im Januar 1905 war er völlig arbeitsfähig gewesen.

In dem Gutachten heißt es sodann: „Hätte der Unfall zu einer plötzlichen hochgradigen Zunahme der vorher schon bestehenden Erweiterung der Brustschlagader geführt, so würde diese, auch abgesehen von der Abwesenheit der unmittelbaren, zugehörigen Folgen, jedenfalls nicht in dem Grade zurückgegangen sein, daß Sch. späterhin in derselben Weise wie vor dem Unfall hätte arbeiten können.

Ein Durchbruch des Aneurysmas in die Speiseröhre konnte bei der sicher schon früher bestehenden Entartung seiner Wände jedenfalls auch ohne Zutritt einer äußeren Gewalt und namentlich auch im Verlaufe derselben Zeit erfolgen, die hier zwischen den Anfangerscheinungen und dem Tode verflossen war. Wenn die Möglichkeit, daß der angebliche Unfall eine gewisse Zunahme des Aneurysmas verursacht hat, auch nicht absolut abzuweisen ist, so sprechen doch weder die Symptome unmittelbar nach dem Unfall noch der weitere Verlauf dafür, daß diese Zunahme eine wesentliche gewesen ist, die das Leiden erheblich verschlimmert und einen früheren Eintritt des Todes herbeigeführt hat.“

Der Anspruch auf Rente wurde abgewiesen.

K. Ollendorff.

Medizinalstatistische Daten.

1. Die Entwicklung der Selbstmordhäufigkeit in Europa.

Hierüber gibt H. A. Krose in einer sehr fleißigen Monographie (Der Selbstmord im 19. Jahrhundert, Freiburg i. B. 1906) umfassende Zusammenstellungen. Wir entnehmen dem Buche die folgende Tabelle, welche die Zahl der Selbstmorde auf 1 Million Einwohner wiedergibt.

Staaten	1801—10	1811—20	1821—30	1831—40	1841—50	1851—60	1861—70	1871—80	1881—90	1891 bis 1900
Preußen		(72)	86	100	105	121	128	144	201	200
Sachsen				136	197	246	280	326	351	313
Bayern					(63)	84	85	108	137	134
Württemberg					(107)	100	131	172	160	165
Baden				80	101	110	132	176	193	200
Hessen							(177)	207	235	236
Mecklenburg-Schwerin		67	92	111	138	(157)	162	(172)	179	211
Oldenburg						(133)	193	294	309	275
Österreich			(30)	(42)	(45)	(54)	(67)	134	161	158
Italien							(28)	38	49	60
Frankreich			(54)	70	91	105	130	157	205	239
Belgien				(45)	59	60	55	82	114	124
Niederlande								(43)	55	56
England				(62)		(67)	66	70	77	89
Dänemark				(211)	238	279	269	256	255	234
Norwegen			(81)	103	107	101	81	73	67	60
Schweden	32	42	60	60	67	64	80	87	107	147

Die Zahlen sind in früheren Jahrzehnten in den meisten Staaten (z. B. in Preußen bis 1883, in Österreich bis 1872) und auch heute noch in mehreren (z. B. in England) sehr unvollständig. Doch kann man aus den vorliegenden Zahlen mit Sicherheit auf eine Zunahme der Selbstmorde in vielen Ländern schließen, wenn diese Zunahme auch nicht so groß ist, als sie die vorliegenden Ziffern vorzutäuschen scheinen. Besonders deutlich ist sie in Frankreich, Schweden, Belgien und in den meisten deutschen Staaten, eine Abnahme zeigt sich in Norwegen, Dänemark, Sachsen und Württemberg; ein Zentrum ganz besonders hoher Selbstmordfrequenz bilden in Europa Provinz und Königreich Sachsen, der Regierungsbezirk Potsdam, die Thüringischen Staaten und Braunschweig.

In den einzelnen Teilen Preußens ist die Entwicklung der Selbstmordfrequenz sehr verschieden. Es kamen Selbstmorde auf 1 Million Einwohner

	1849—58	1871—80	1891—1900
Ostpreußen	113	126	148
Westpreußen	77	94	133
Berlin	211	239	297
Brandenburg	188	238	303
Pommern	120	141	176
Posen	66	78	91
Schlesien	152	189	249
Sachsen	195	250	309
Schleswig-Holstein	—	252	319
Hannover	122	167	201
Westfalen	59	88	105
Hessen-Nassau	—	170	203
Rheinland	50	75	108
Hohenzollern	116	119	165
Preußen	119	157	200

Sehr hoch ist die Ziffer der Provinz Brandenburg (insbesondere des Regierungsbezirks Potsdam und vor allem in den an Berlin grenzenden Landesteilen); sie ist dort höher als in Berlin, was ohne Zweifel davon herrührt, daß viele in Berlin wohnenden Selbstmordkandidaten außerhalb der Stadt die Tat vollbringen. Aus der letzteren Tabelle geht ferner hervor, wie ungemein groß die Unterschiede der Selbstmordhäufigkeit in den einzelnen preußischen Provinzen sind; aus der von Krose mitgeteilten Tabelle für die preußischen Regierungsbezirke ergibt sich, daß 1891—1900 der Bezirk mit der größten Selbstmordziffer (Liegnitz) 389, der mit der kleinsten Ziffer (Aachen) 57 Selbstmörder im Jahr auf eine Million Einwohner aufweist. Die Kantone der Schweiz zeigen noch größere Gegensätze; in den Jahren 1878—1900 war die Selbstmordziffer im Kanton Waadt 412 und in Neuenburg 396, dagegen im Kanton Oberwalden 63 und in Niederwalden 55.

2. Sterblichkeit im Großherzogtum Hessen.

Wie überall ist im Großherzogtum Hessen die Sterblichkeit bedeutend zurückgegangen (Knöpfel, Kurzer Rückblick auf die Sterblichkeitsverhältnisse im Großherzogtum Hessen während des Zeitraums 1863—1900. Mitt. d. großh. hess. Zentralstelle f. d. Landesstatistik, 1905). Am größten ist die Abnahme bei den Kindern im Alter von 1—10 Jahren, am geringsten im Greisenalter. Im erwerbstätigen Alter ist der Rückgang der Sterblichkeit bei den 15—40 jährigen größer

als bei den 40—60 jährigen. Es starben in Hessen von 1000 Lebenden (bzw. Lebendgeborenen beim Alter von 0—1 Jahren)

Altersperioden	1863—69	1891—1900[1]	Abnahme in Proz.
0—1	207	166	20
1—2	56	40	27
2—3	29	15	48
3—4	20	8	58
4—5	13,3	6,5	51
5—10	7,4	4,7	37
10—15	3,6	2,8	22
15—20	5,4	4,5	17
20—25	7,9	5,9	25
25—30	9,4	6,8	28
30—40	10,5	8,2	22
40—50	13,8	12,0	13
50—60	25,0	21,3	15
60—70	51,8	45,3	12
70 u. mehr	129	120	7
zusammen	24,4	19,7	19,3

Knöpfel beschäftigt sich eingehend mit den Unterschieden der Sterblichkeit in Stadt und Land und mit den Veränderungen, die sich in dieser Beziehung in der Zeit von 1863—1900 bemerklich machten. In Stadt und Land ist der Rückgang im Alter von 1—10 Jahren am bedeutendsten (30—60 Proz.), im Alter von 0—1 und von 10—15 Jahren ist er in Stadt und Land etwas geringer. In den Städten hat sich die Sterblichkeit beim Alter von 15—40 Jahren erheblich vermindert, weniger bei 40—85 Jahren, nach dem 85. Jahre dagegen erhöht. Auf dem Lande zeigen sich ähnliche Verhältnisse; doch ist hier die Abnahme der Sterblichkeit beim Alter von 40—85 Jahren größer und das Alter von 15—20 Jahren zeigt beim weiblichen Geschlecht keine Abnahme. Es war die Sterbewahrscheinlichkeit im Großherzogtum Hessen[2]: (s. die Tab. auf S. 68).

Diese Entwicklung der Sterblichkeit in Stadt und Land zeigt mancherlei Verschiedenheiten gegenüber dem, was anderwärts beobachtet wurde; es hat schon früher Kruse auf die in Preußen in dieser Hinsicht bestehenden Unterschiede hingewiesen.

Die Kindersterblichkeit ist in den einzelnen Teilen Hessens von ungleicher Höhe; sie war in ganz Hessen 1863—70 bei den ehelichen Kindern 20,0, bei den unehelichen 24,9 und 1891—1900 bei ersteren 15,9, bei den unehelichen 27,7. Bei letzteren hat sie also beträchtlich zugenommen. Sehr klein ist sie in Oberhessen (1891—1900 in keinem Kreise über 12,0), groß dagegen in der Stadt Worms und und deren Umgebung, in der Umgebung von Darmstadt und Mainz und in den Kreisen Bensheim und Heppenheim.

3. Die Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit in Österreich.

Die Tuberkulosesterblichkeit in Österreich ist heute noch ganz ungemein groß, doch läßt sich eine deutliche Abnahme nachweisen. Untersuchungen hier-

[1]) Beim Alter von 0—5 Jahren 1896—1900.

[2]) Für den Zeitraum 1863—69 gelten die Zahlen von 0—5 Jahre für 1866 bis 1870, und für den Zeitraum von 1891—90 für 1896—1900.

Altersklassen	Männliches Geschlecht				Weibliches Geschlecht			
	Stadt		Land		Stadt		Land	
	1863—1869	1891—1900	1863—1869	1891—1900	1863—1869	1891—1900	1863—1869	1891—1900
0—1	249	204	207	155	212	170	178	127
1—2	64	48	52	33	63	47	50	33
2—3	32	18	27	12	30	17	28	13
3—4	21	10	19	7	22	9	18	7
4—5	14	7	13	6	14	7	13	6
5—10	7,3	4,5	7,4	4,5	7,6	4,7	7,3	5,0
10—15	3,1	2,4	3,5	2,5	3,6	2,8	3,8	3,3
15—20	5,5	4,5	5,7	4,6	5,5	4,1	4,9	5,0
20—25	8,7	5,4	8,7	7,3	7,2	5,2	7,1	6,2
25—30	10,2	6,8	7,9	5,7	10,8	6,9	9,5	7,9
30—35	10,2	7,9	7,8	6,4	11,7	7,9	10,4	8,4
35—40	13,3	10,3	9,2	7,2	12,7	9,1	11,4	8,6
40—45	16,4	14,1	11,4	10,1	13,7	10,1	11,6	9,2
45—50	18,3	18,5	15,0	13,1	14,6	12,4	13,5	10,3
50—55	27,4	24,4	20,6	17,4	18,4	17,2	18,7	14,6
55—60	34,4	33,3	28,8	23,4	29,7	24,4	29,4	22,6
60—65	45,2	47,0	40,0	35,0	42,3	37,9	44,0	34,2
65—70	68	63	64	51	64	56	69	57
70—75	96	93	98	82	97	86	103	85
75—80	124	139	139	123	151	131	150	131
80—85	207	195	183	176	183	185	187	179
85—90	232	264	261	272	248	266	234	271
90 u. mehr	278	407	227	396	219	340	197	370
im ganzen	26,1	21,1	24,7	19,3	24,5	19,6	23,2	18,7

über werden in Österreich dadurch erschwert, daß bis zum Jahre 1894 die Sterbefälle an Lungenschwindsucht, von 1895 an dagegen alle durch Tuberkulose verursachten Sterbefälle verzeichnet werden. Trotzdem ist nach 1894 ein Absinken der Ziffern zu bemerken und es ist nicht anzunehmen, daß dies allein mit einer genaueren Erhebung und sorgfältigeren Verarbeitung des gesammelten Materials zusammenhängt. In der ganzen Zeit, die in Betracht kommt, bestand ärztliche Bescheinigung der Todesursachen, wo Ärzte genug vorhanden waren; die Diagnosenstellung auf den Totenscheinen wurde dadurch gebessert, daß im Laufe der Jahre allmählich mehr Ärzte zur Verfügung standen; in einer Anzahl von Kronländern wie in Krain, Küstenland, Galizien, Bukowina und Dalmatien ist jedoch die Zahl der Ärzte noch gering und die Angaben über die Häufigkeit der Tuberkulose sind deshalb nicht ganz verläßlich; es gilt dies aber in gleichem Maße und bezüglich mancher Bezirke noch vielmehr von der preußischen Todesursachenstatistik. Nach J. Daimer, bzw. nach der Statistik der Bewegung der Bevölkerung in Österreich, kamen auf 10 000 Einwohner Sterbefälle an: (s. die obenstehende Tabelle auf S. 69.

Die Tuberkulosesterblichkeit ist demnach in ganz Österreich beträchtlich zurückgegangen; sehr groß ist die Abnahme in Niederösterreich, in Vorarlberg, in der Bukowina, weniger groß in einer Anzahl anderer Kronländer, dagegen zeigt sich eine deutliche, wenn auch kleine Zunahme in Tirol, Schlesien, Istrien und Dalmatien.

Kronländer	Lungenschwindsucht					Tuberkulose	
	1873—75	1876—80	1881—85	1886—90	1891—94	1895—1900	1901
Niederösterreich	53,5	55,1	54,5	50,4	42,2	39,5	37,3
Oberösterreich	28,3	29,8	30,0	29,7	26,6	27,8	26,9
Salzburg	25,5	26,5	26,9	28,7	28,1	28,4	25,1
Steiermark	34,4	32,1	32,7	35,0	33,6	29,2	27,2
Kärnten	30,8	29,9	29,5	29,5	27,4	26,5	26,5
Krain	41,4	42,3	44,0	45,9	42,2	40,7	39,6
Triest	50,3	52,5	54,9	52,2	44,3	45,3	47,6
Görz-Gradiska	32,6	40,0	40,7	42,3	40,3	34,3	36,2
Istrien	36,0	25,9	28,6	28,1	26,2	30,6	32,4
Tirol	23,3	24,3	25,4	25,6	25,4	24,6	26,1
Vorarlberg	43,0	43,2	46,6	46,3	36,6	40,6	35,8
Böhmen	38,5	41,9	41,5	41,5	39,1	35,8	35,0
Mähren	38,7	44,5	46,4	45,3	40,4	40,6	39,9
Schlesien	37,9	37,9	43,9	45,4	42,4	45,1	44,7
Galizien	30,7	36,7	37,3	35,3	34,9	33,8	31,8
Bukowina	42,4	39,6	37,5	38,5	34,6	27,0	23,0
Dalmatien	—	24,3	23,8	27,9	26,8	26,3	28,6
Ganz Österreich	36,4	38,7	40,0	39,3	36,6	34,6	33,6

4. Zur Statistik der Fehlgeburten.

Nur in wenigen Städten werden Erhebungen über Fehlgeburten gemacht, die einigermaßen vollständig genannt werden können. Ein Beispiel, wie viel in dieser Beziehung durch Eifer und Beharrlichkeit erreicht werden kann, ist die Stadt Budapest. Hier wird seit 1874 die Zahl der Fehlgeburten zu ermitteln gesucht; seit 1898 sind die Erhebungen so vollständig, daß sie statistisch verwertet werden können. Im statistischen Jahrbuch von Budapest für 1903 (Budapest 1905) werden die folgenden Ziffern mitgeteilt

	Empfängnisse	Fehlgeburten	Auf 100 bekannte Empfängnisse kamen Fehlgeburten
1898	25 556	2374	9,3
1899	26 212	2612	10,0
1900	26 551	2619	9,9
1901	25 700	2432	9,5
1902	25 943	2431	9,4
1903	24 898	2473	9,9

Ganz vollständig sind diese Zahlen für die Fehlgeburten trotz ihrer Höhe jedenfalls nicht, da stets eine Anzahl von Fehlgeburten vorkommen, die ohne Zuziehung eines Arztes oder einer Hebamme oder in den ersten Schwangerschaftswochen sogar ohne Wissen der Schwangeren selbst verlaufen. Bezüglich der Häufigkeit der Fehlgeburten in den einzelnen Schwangerschaftsmonaten geben die folgenden Ziffern des Jahres 1903 Auskunft. Es war die Zahl der Fehlgeburten

im Monat der Schwangerschaft	überhaupt	uneheliche Kinder
1.	17	1
2.	457	54
3.	624	112
4.	479	143
5.	361	122
6.	302	114
7.	233	94

Es werden in Budapest, wie man sieht, auch noch Früchte des 7. Schwangerschaftsmonats den Fehlgeburten zugezählt, während diese Kinder anderwärts gewöhnlich den Totgeburten (bzw. Frühgeburten) zugerechnet werden.

Das Geschlecht der Fehlgeburten wird seit 1903 nur für die über drei Monate alten Früchte aufgenommen, da es vorher ohne genaue Untersuchung nicht sicher erkennbar ist. Es waren in Budapest 1903 von den Früchten

im Schwangerschaftsmonat	unbestimmbaren Geschlechts	männlich	weiblich	zusammen
4.	43	292	144	479
5.	8	209	144	361
6.	2	152	148	302
7.	—	125	108	233

Einen Anhaltspunkt über die Häufigkeit der Fehlgeburten in verschiedenen Lebensaltern geben die folgenden Zahlen.

Alter der Mutter	Geborene überhaupt (ohne Fehlgeburten)	Fehlgeburten
unter 20 Jahre	1411	82
20—24 „	6405	581
25—29 „	6859	694
30—39 „	6984	872
40—49 „	950	124
50 u. mehr „	2	—
unbekannt	29	120
zusammen	22640	2473

Es sind in dieser Zusammenstellung die Geborenen angegeben. Da die Zahl der Mehrlingsgeburten mit dem Alter der Mutter zunimmt, so kann die Zahl der Empfängnisse in den verschiedenen Lebensaltern der Mutter nicht genau berechnet werden. Immerhin geht, wenn die beiden Reihen zueinander in Beziehung gesetzt werden, hervor, daß die Zahl der Fehlgeburten beim Alter der Mutter von 30—50 Jahren etwa doppelt so groß ist als beim Alter von 15—20 und um die Hälfte höher als beim Alter von 20—30 Jahren.

Ein Bild der ungemein starken Zunahme der kriminellen Aborte in Paris während der letzten 4—5 Jahre gibt J. M. Doléris (Bulletin de la Société d'Obstétrique, de Gynaekologie et de Paediatrie, février 1905). Es kamen auf 100 Gebärende und Abortierende Fehlgeburten in der Maternité

	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904
de l'Hôtel-Dieu	8,0	9,4	9,4	8,6	8.5	10,7	9,7
de Lariboisière	11,2	12,7	11,1	13,3	17,7	19,4	17,5
de Boucicaut	7,8	9,3	9,2	14,1	11,8	12,1	17,7
de Saint-Antoine	6,6	8,1	9,8	10,9	12,8	16,4	18,5
de la Charité	4,1	5,7	4,8	6,6	10,6	13,4	10,0

Etwa 50 Proz. der in die Gebärhäuser aufgenommenen Aborte sind nach Doléris provoziert. Auch in Deutschland nimmt die Zahl der kriminellen Aborte zu; es wurden im Durchschnitt jährlich wegen Abtreibung verurteilt

1882—85	215	1896—1900	409
1886—90	236	1901—1903	518
1891—95	339		



Es handelt sich dabei sicher nicht nur um eine ernstlichere Verfolgung des Delikts, sondern auch um eine tatsächliche Zunahme, die auf der verhältnismäßigen Ungefährlichkeit der künstlichen Frühgeburt bei sorgfältigem antiseptischem Verfahren beruht.

5. Die hereditäre Belastung in den österreichischen Irrenanstalten.

Die Häufigkeit der erblichen Belastung bei Geisteskranken wird oft stark übertrieben. Werden die Seitenzweige einer Familie mit in Betracht gezogen, so wird man nur selten eine Familie finden, in welcher nicht einmal ein abnormer Charakter oder eine psychische Erkrankung irgend welcher Art beobachtet wurde. Doch wird es niemand ernstlich einfallen, die Bedeutung der hereditären Belastung für die Entstehung psychischer Erkrankungen leugnen zu wollen. In Österreich werden als erblich belastet nur die Irrsinnsfälle angesehen, bei denen es erwiesen ist, daß einer der Aszendenten nerven- oder geisteskrank war, wobei je nach den Umständen auch Trunksucht mit eingerechnet wird. Es waren 1894—1901 nach der „Statistik des Sanitätswesens“ im Jahre 1901 (Wien, K. Gerolds Sohn 1905) von je 100 mit den nebenbezeichneten Krankheitsformen in die österreichischen Irrenanstalten aufgenommenen Geisteskranken erblich belastet.

	männlich	weiblich	zusammen
Angeborener Blödsinn	24,6	27,9	25,9
Angeborener Schwachsinn	30,4	30,4	30,4
Selbstanklagewahn	17,9	17,1	17,3
Tollheit, Manie	16,2	18,4	17,5
Verwirrtheit, allg. Wahnsinn	17,1	14,0	15,2
Primäre Verrücktheit, Partieller Wahnsinn	23,0	23,5	23,2
Periodische Geistesstörung	31,8	31,5	31,6
Erworbener Blödsinn	16,3	14,7	15,5
Paralytische Geistesstörung	6,0	8,5	6,5
Epileptische Geistesstörung	14,5	17,3	15,5
Hysterische Geistesstörung	17,5	22,3	21,8
Neurasthenische Geistesstörung	21,0	18,2	19,9
Geistesstörung mit Herderkrankung	2,7	2,5	2,6
Geistesstörung mit Pellagra	2,0	1,2	1,6
Alkoholismus	7,9	5,8	7,7
Andere Intoxikationserscheinungen	2,6	11,4	4,7
Im ganzen	14,8	17,9	16,1

Wenn die deutsche Statistik viel höhere Erblichkeitsprozente aufweist, so hat dies seinen Grund darin, daß auch Erkrankungen anderer Verwandten als der Eltern für die Annahme hereditärer Belastung maßgebend sind. So waren z. B. in Württemberg unter den 1877—94 wegen einfacher Seelenstörung erstmals in die Staatsirrenanstalten Aufgenommenen 49,3 Proz. als hereditär belastet bezeichnet; direkte Erblichkeit (also Erblichkeit von seiten der Eltern) lag jedoch nur bei 24,5 Proz. vor.

6. Sterblichkeit der Kinder in Budapest.

Ganz ungemein groß ist der Rückgang der Kindersterblichkeit in Budapest. Es kamen auf 100 Lebendgeborene Sterbefälle des 1. Lebensjahres

	Budapest	Berlin
1876—80	28,6	29,8
1881—85	24,3	27,8
1886—90	23,6	26,3
1891—95	19,7	24,1
1896—1900	17,3	21,8
1901—1903	14,5	20,1

Auch in den folgenden Jahren des Kindesalters ist die Sterblichkeit in Budapest ungemein stark zurückgegangen; es kamen auf 1000 Lebendgeborene Sterbefälle beim Alter von

	1—3	2—3	3—4	4—5
	Jahren			
1876—80	88,4	42,5	26,3	16,8
1881—85	72,2	38,3	21,8	14,7
1886—90	71,8	39,4	24,4	15,7
1891—95	55,2	30,3	17,2	12,2
1896—1900	46,9	22,5	13,2	8,5
1901—1903	43,1	22,3	13,5	10,0

Die Ziffern vor 1902 sind nicht ganz vollständig, da damals die an gewaltsamen Todesfällen gestorbenen Kinder nicht einbezogen sind; hieraus erklärt sich die geringe Abnahme bzw. die kleine Zunahme im Zeitraum 1901—1903.

F. Prinzing.

Bücheranzeigen.

Zacher, Die Arbeiterversicherung im Auslande. Berlin-Grunewald. 1905. Verlag der Arbeiterversorgung. A. Troschel.

Heft Va. Wolff, H. W. Die Arbeiterversicherung in England (Großbritannien und Irland). 1. Nachtrag zu Heft V. 140 S. (4,50 M.)

Heft VIIa. Kögler, K. Die Arbeiterversicherung in Österreich. 1. Nachtrag zu Heft VII. 142 S. (4,50 M.)

Heft VIIIa. Kögler, K. Die Arbeiterversicherung in Ungarn. 1. Nachtrag zu Heft VIII. 30 S. (1,00 M.)

Heft IXa. Skarzynski, L. Die Arbeiterversicherung in Rußland. 1. Nachtrag zu Heft IX. 83 S. (3,00 M.)

Heft Xa. Hjelt, A. Die Arbeiterversicherung in Finland. 1. Nachtrag zu Heft X. 14 u. 25 S. (1,25 M.)

Wolff berichtet über die Fortschritte der englischen Arbeiterversicherung seit 1897. Einleitend bemerkt er, daß, wenn auch nicht gesetzgeberische, so doch ideelle Fortschritte zu konstatieren seien; der Gedanke, die Arbeiterversicherung als soziale Institution zu betrachten, habe sich in steigendem Maße der öffentlichen Meinung bemächtigt. In der Krankenversicherung hält man die Prinzipien der Freiwilligkeit und der Selbsthilfe für die einzig richtigen, weil bewährten, man wünscht diesem Versicherungszweige, dessen Träger die Hilfskassen sind, größere Ausdehnung. Anders bei der Alters- und Invaliditätsversicherung, die

als freiwillige Versicherung sich zuerst bei den Trade Unions entwickelt, nun aber auch bei den Friendly Societies Ausbreitung gewonnen hat. Hier hat Chamberlain mit der Forderung staatlich unterstützter Altersrenten Bresche in das Prinzip der Selbsthilfe gelegt. Das Gesetz to amend the Outdoor Relief Friendly Societies von 1904 erlaubt — wenn nicht dem Wortlaut, so doch der Bedeutung nach — den Hilfskassen die Annahme staatlicher Zuschüsse. Die Frage staatlich geregelter Altersversicherung hängt noch in der Schwebe. Im Abschnitt Unfallversicherung prüft W. Handhabung und Wirkung des Unfallentschädigungsgesetzes vom 6. August 1897 und der Novelle von 1900, die auch die landwirtschaftlichen Arbeiter unter den Schutz des Gesetzes stellt, sowie ihre Aufnahme in der Öffentlichkeit. Er sieht in dem durch die Gesetze geschaffenen Zustand immerhin eine Etappe auf dem Wege weiterer Vervollkommnung.

Kögler stellt in Kürze die Hauptergebnisse der 1997er Enquete über die Reform des österreichischen Krankenversicherungsgesetzes und die statistischen Daten der Krankenversicherung seit 1897 dar. Eingehender behandelt er die Entwicklung der Unfallversicherung: die jedes Jahrfünft erfolgende Revision der Gefahrenklassifikation, die Änderungen des Beitragstarifes, die Neubewertung der Invaliden- und Hinterbliebenenrenten auf Grund neueren Beobachtungsmaterials. Weiter werden die Frage eines etwaigen Wechsels des finanziellen Systems bei der Unfallversicherung und die Ergebnisse der Unfallstatistik erörtert. Der dritte Abschnitt enthält den Dezember 1904 veröffentlichten Programmentwurf der österreichischen Regierung über die Reform und den Ausbau der Arbeiterversicherung.

Das Nachtragsheft der ungarischen Arbeiterversicherung ist ebenfalls von Kögler bearbeitet. Es bringt die Statistik der Krankenversicherung seit 1898, den 1903 vom ungarischen Handelsministerium veröffentlichten Gesetzentwurf betreffend die Unfallversicherung der Arbeiter in Ungarn samt Motivenbericht. Ebenso wie die Versicherung gegen Unfall ist auch die Invaliditäts- und Altersversicherung noch nicht sozialgesetzlich geregelt. Sie ist bislang privater Initiative überlassen: der Landes-Pensionsverein der Privatbeamten und der 1893 gegründete Invaliden- und Pensionsverein der Arbeiter Ungarns sind es vor allem, die hier eine bedeutendere Tätigkeit entfalten. Letzterer Verein hatte im Jahre seiner Errichtung 624, im Jahre 1904 bereits 27000 Mitglieder.

Skarzynski betrachtet die Weiterentwicklung der russischen Arbeiterversicherung, die auf allen Gebieten, dem der Kranken- wie dem der Alters- und Invaliditätsversicherung, besonders aber auf dem der Unfallversicherung in mäßigem Tempo Fortschritte zeitigt. Zu nennen sind hier die vorläufigen Vorschriften vom 15. Mai 1901 betreffend die Einführung staatlicher Pensionen zugunsten der in staatlichen Berg- und Hüttenwerken arbeitsunfähig gewordenen Arbeiter und das Unfallentschädigungsgesetz vom 2. Juni 1903, das alle Fabrik- und Bergarbeiter und deren Familien gegen die Folgen von Unfällen sichert, indem es die Betriebsunternehmer haftpflichtig macht. Im Anhang findet sich der Plan der Reichsarbeiterversicherung, die ein kaiserlicher Ukas vom 12. Dezember 1904 verspricht.

A. Hjelt endlich schildert den Stand der Arbeiterversicherung in Finland, die im allgemeinen eine wenig erfreuliche Entwicklung zeigt. Fast in allen Zweigen der Arbeiterversicherung herrscht Sterilität. Die Krankenversicherung ruht nach wie vor auf dem Prinzip der Freiwilligkeit. In die Unfallversicherung einbezogen sind die Seeleute, außerhalb der Versicherung stehen noch immer Land- und Forstwirtschaft. Eine obligatorische Alters- und Invaliditätsversicherung

der Arbeiter unterliegt augenblicklich den Beratungen eines vom Senate eingesetzten Komitees. H. gibt in großen Umrissen den Stand des Unterstützungskassenwesens im Jahre 1902, kommentiert das Gesetz vom 10. Januar 1902 betreffend die Unfallversicherung der Seelente und bespricht die Tätigkeit und die finanzielle Lage der durch Gesetz von 1897 geschaffenen, von den Kranken- und Begräbniskassen getrennten besonderen Kassen für Alterspensionen.

Bei dem von Jahr zu Jahr zunehmenden Reichtum an Material ist es verständlich, daß Georg Zacher, dessen Wirkungskreis durch seine Ernennung zum Direktor im reichsstatistischen Amt eine Änderung erfahren hat, seine Tätigkeit an dem von ihm geschaffenen Werke auf die Oberleitung beschränkt und die Bearbeitung der Nachtragshefte Fachmännern der betreffenden Länder überlassen hat. Geschieht solche arbeitsteilige Weiterführung im Sinne des Begründers, wie in den angezeigten Publikationen, so ist gegen ihre Zweckmäßigkeit nichts einzuwenden. F. Kriegel.

Die Krankenversicherung im Jahre 1903. Bearb. i. Kais. Statist. Amt. Referent: P. Mayet. Statistik des deutschen Reiches. 163. Bd. Berlin, Puttkammer & Mühlbrecht, 1905.

Da augenblicklich die Erörterungen über die Vereinheitlichung der einzelnen Zweige der Arbeiterversicherung die breiteste Öffentlichkeit beschäftigen, so beanspruchen die hier mitgeteilten Erhebungen erhöhte Aufmerksamkeit. Dem Tabellenwerk sind wie in früheren Jahren bemerkenswerte Erläuterungen aus der sachkundigen Feder des Reg.-Rates Prof. Dr. Mayet vorausgeschickt, welche zum Verständnis des Zahlenmateriales erheblich beitragen und in eingehender und scharfsinniger Weise in sozialer Hinsicht wichtige Punkte hervorheben. Die Art der Bearbeitung der statistischen Nachweisungen ist unverändert geblieben; es sind hier durch die gesetzlichen Bestimmungen über die Statistik der Krankenversicherung und die Form der Rechnungsführung der Krankenkassen leider in mancher Hinsicht zu enge Grenzen gezogen, so daß mangels erforderlicher Unterlagen z. B. über die Erkrankungs- und Sterbehäufigkeit der einzelnen Berufe mit Unterscheidung der Altersklassen und der Krankheiten nichts beigebracht werden kann; ebensowenig können über die Inanspruchnahme der Dienste der Ärzte und ihre Honorierung Nachweise geliefert werden. Hoffentlich wird auch den medizinalstatistischen Wünschen bei der Abänderung der Arbeiterversicherung Rechnung getragen werden.

Von besonderem Interesse sind die Nachrichten über die Mitgliederzahl der Krankenkassen: dieselbe belief sich 1903 durchschnittlich auf 10224297 (davon 2546680 weibl.), nimmt man die Mitglieder der Knappschaftskassen hinzu auf 10914933 = 18,6% der Bevölkerung des deutschen Reiches. In Hamburg waren 402 auf 1000 Einwohner versichert, mehr als ein Viertel der Bevölkerung noch im Königreich Sachsen, Sachsen-Koburg-Gotha, Sachsen-Altenburg, Braunschweig, Reuß ä. und j. Linie, Lippe (zwischen 318 und 280); die Mindestzahl in Schaumburg-Lippe: 80. Die eingeschriebenen Hilfskassen, welche ja im Augenblick die gesetzgebenden Faktoren beschäftigen, hatten, soweit sie den § 75 des K. V. G. entsprechen, zusammen 887130 Mitglieder. Bei den auf die Vereinfachung der Organisation der Arbeiterversicherung gerichteten Bestrebungen ist eine Unterscheidung der Kassen nach Größenklassen von Bedeutung; die größte Kasse ist die Leipziger Ortskrankenkasse mit 136032 Mitglieder. Aus den Mitteilungen über die Leistungen der Kassen sei erwähnt, daß seit 1885 die Krankenkassen

in 51214063 mit Erwerbsunfähigkeit verbundenen Erkrankungsfällen den Mitgliedern Hilfe gebracht haben, uneingerechnet die Unterstützungen bei Entbindungen und die an erkrankte Angehörige der Mitglieder. Die Leistungen für Wöchnerinnenunterstützungen sind nach den Kassenarten gesetzlich verschieden geregelt; bei den Ortskrankenkassen wurden 1903 1687051 M. (1,22 M. auf 1 weibl. Mitglied) dafür aufgewendet, bei den Betriebskrankenkassen 1120915 (2,08), bei den Innungskrankenkassen 26608 (0,72); in der Gemeindekrankenversicherung und in den beiden Hilfskassenarten (zusammen 594000 weibl. Mitgl.) fehlt eine Verpflichtung dazu fast ganz. Für Rekonvaleszentenfürsorge (nach Beendigung der Krankenunterstützung) wurden im Berichtsjahr 157405 M. von einer Anzahl von Kassen, darunter 109068 M. von Ortskranken- und 43121 M. von Betriebskrankenkassen, verausgabt. Es betrugen im Jahre 1903: 1. die Krankheitskosten (rund): 180842000 M.; 2. die Beiträge der Arbeitgeber: 57692000 M.; 3. die Beiträge der Arbeitnehmer, Eintrittsgelder 135851000 M. Der Unterschied zwischen 1. und 3. ist zugunsten der Arbeitnehmer 44991000 M. Auf einen Versicherten entfallen demnach im Jahre 17,69 M.; von ihm selbst gezahlt 13,29 M., so daß er mehr empfangen hat 4,40 M. Was die finanziellen Verhältnisse der Krankenkassen betrifft, so betrugen die gesamten Einnahmen (rund) 242917000 M.; die Ausgaben 230521000 M. Alle Krankenkassen hatten bis Ende 1903 (rund) 164622000 M. als Reservefonds aufgesammelt. In sachverständigen Kreisen hegt man begründete Zweifel, ob diese Höhe notwendig sei. Rechnet man die 181000000 M. Reservefonds der Unfallversicherung hinzu, so liegt die bedenkliche Beeinflussung des Kapitalmarktes auf der Hand. Georg Heimann.

Jahresbericht über Soziale Hygiene, Demographie, Medizinalstatistik und alle Zweige des sozialen Versicherungswesens. Hrsg. von A. Grotjahn und F. Kriegel. Vierter Band: Bericht über das Jahr 1904. Gustav Fischer. Jena 1905. 434 S. (11,00 M.)

Wie seine Vorgänger, enthält auch dieser Band 1. eine Chronik der Sozialen Hygiene, in der auch die wichtigsten Daten der Medizinalstatistik verzeichnet sind, 2. eine Gesetzestafel, in der nicht nur die Gesetze, sondern auch die wichtigeren Erlasse und Verordnungen auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens des In- und Auslandes registriert werden, 3. eine Kongreßtafel, auf der über jeden in Frage kommenden allgemeinen oder Spezialkongreß unter Angabe der Referenten und der Referate berichtet wird, 4. ein Referatsteil, in den über mehrere hundert Publikationen von zwölf Mitarbeitern (A. Blaschko, M. Bloch, A. Gottstein, P. Hüls, O. Neumann, F. Prinzing und B. Spiethoff ärztlicherseits, P. Georg, A. Koch-Hesse, S. Saenger, A. Südekum nationalökonomischerseits) Besprechungen geliefert werden, und 5. eine Bibliographie, in der sämtliche auch nur entfernt in Frage kommende, im Berichtsjahr erschienene Publikationen aus dem Gebiete der Sozialen Hygiene, Bevölkerungsstatistik, Medizinalstatistik und sämtlichen Zweigen des sozialen Versicherungswesens aufgeführt sind. Das abschließende Namenverzeichnis enthält 3000 Autorennamen. Auch alle Daten und Publikationen aus dem Gebiete der Sozialen Medizin sind berücksichtigt und zwar die Krankenversicherung unter Abschnitt III „Prophylaxe und Krankenfürsorge“, während die Unfall- und Invaliditätsversicherung unter Abschnitt IV „Soziale Hygiene der Arbeit“ ihren Platz gefunden hat. Originalaufsätze enthalten die Jahresberichte nicht. Infolgedessen ergänzen sich die von den nämlichen Herausgebern redigierten Jahresberichte und diese Zeitschrift in der Weise, daß

diese der Pflege größerer Arbeiten gewidmet ist, jene aber die Sammlung der kleinen Nachrichten, die Orientierung durch Referate und die Aufstellung der Bibliographie besorgen. Der Jahresbericht erscheint nach wie vor alljährlich am 1. Juli des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres.

A.-R.

Aus der Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik in Berlin.[1]

Sitzung vom 9. März 1905.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr Lennhoff.

Herr M. Radziejewski spricht über **„Die Bedingung und die Bedeutung der Sehschärfe für die einzelnen Berufsarten“** und tritt dafür ein, daß erstens jedes Kind beim Eintritt in die Schule ein Attest mitbringe, was hinsichtlich der Sehleistung von dem Kinde erwartet werden dürfte, und ferner, daß das Kind beim Verlassen der Schule sich genau untersuchen und attestieren lasse, ob es sich für den gewählten oder gewünschten Beruf in Rücksicht auf sein Sehvermögen eigne. Er empfiehlt, sich zu diesem Zwecke folgender Tabelle zu bedienen, in der er die Berufsarten nach Sehschärfen geordnet hat.

Sodann demonstriert Herr A. Gottstein **„Statistische Tabellen über den Brustumfang der Phthisiker“**. Die Versicherungsmedizin hat festgestellt, daß der Brustumfang, in bestimmter Weise in der Mitte zwischen Ein- und Ausatmung gemessen, zwischen 50 und 60 Proz. der Körpergröße beträgt und ungefähr bei

[1] Die Verhandlungen der einzigen in Deutschland bestehenden Gesellschaft für Soziale Medizin werden wir unseren Lesern fortlaufend im Auszuge mitteilen. Bezüglich des genauen Wortlautes verweisen wir auf die „Verhandlungen“ der Gesellschaft und die Berichte in der „Medizinischen Reform“, herausgeg. von Dr. R. Lennhoff. Der Vollständigkeit wegen tragen wir die Berichte über die Sitzungen von der ersten Sitzung an nach. Die konstituierende Versammlung fand nach den von P. Mayet, R. Lennhoff und A. Grotjahn getroffenen Vorbereitungen am 16. Februar 1905 statt. In den Vorstand wurden gewählt als I. Vorsitzender Prof. Dr. Mayet, Regierungsrat im Kaiserlich Statistischen Amt, II. Vorsitzender Dr. Dietrich, Geheimer Ober-Medizinalrat im Preußischen Kultusministerium, III. Vorsitzender Prof. Dr. Lassar, I. Schriftführer Dr. Rudolf Lennhoff, Herausgeber der „Medizinischen Reform“, II. Schriftführer Dr. A. Grotjahn, Herausgeber der Jahresberichte über soziale Hygiene und der Zeitschrift für Soziale Medizin, Kassenführer Dr. Georg Heimann vom Statistischen Amt der Stadt Berlin, Bibliothekar Dr. Friedrich Kriegel, Herausgeber der Jahresberichte über Soziale Hygiene und der Zeitschrift für Soziale Medizin, Beisitzer Sanitätsräte Dr. Landsberger und Dr. A. Gottstein. — Zurzeit zählt die Gesellschaft 175 Mitglieder. Die Versammlungen finden in Berlin in Prof. Lassar's Auditorium statt.

Männliche Berufsarten.

I. Jedes Auge ²/₃ Sehschärfe und mehr.	II. Ein Auge ²/₃ Sehschärfe und mehr, das andere ¹/₃ Sehschärfe u. mehr.	III. Sehschärfe weniger als II.
Achatschleifer	Anstreicher	Arbeiter (gewöhnl.)
Bahnmeister	Aufseher	Bäcker
Bahnwärter	Bandagist	Blumenbinder
Bernsteinschnitzer	Barbier	Buchbinder
Bildhauer für Holz, Gips, Elfenbein	Bautechniker	Bürstenbinder
Bremser	Bereiter	Conditor
Brillenschleifer	Bildhauer	Färber
Buchdrucker	Böttcher	Flaschenspüler
Büchsenmacher	Brauer	Gärtner
Bootsmann	Bremser	Gerber
Brückenwärter	Bronceur	Glasbläser
Chirurgische Instrumentenmacher	Brunnenbauer	Gepäckträger
Ciseleur	Bureaubeamter	Hausdiener
Dachdecker	Diener	Heizer
Dekorateur	Eisenhobler	Instrumentenstimmer
Drechsler	Elektrotechniker	Kammmacher
Feilenhauer	Friseur	Koch
Feuerwehrmann	Former	Korbmacher
Förster	Fuhrmann (gewöhnl.)	Kranzbinder
Glasschleifer	Gasarbeiter	Laternenanzünder
Goldarbeiter	Galvaniseur	Landwirtschaft
Graveur	Gelbgießer	Laufbursche
Haltepunktwärter d. Bahn	Glaser	Möbelpolierer
Kupferstecher	Gürtler	Müller
Kunstschmied	Handschuhmacher	Ofenarbeiter (Ziegeleien etc.)
Kutscher (herrschaftl.)	Hutmacher	Packer
Lithograph	Kaufmann	Rohrleger
Lokomotivführer	Kellner	Schmied
Maler	Klempner	Seifensieder
Marine	Lackierer	Seiler
Maschinenbauer	Lehrer	Steinsetzer
Maurer	Maschinist	Stubenbohner
Mechaniker	Metalldreher	Straßenreiniger
Messerschmied	Militärfelddienst	Strumpfwirker
Modelleur	Monteur	Tabakarbeiter
Optiker	Musiker	Tafeldecker
Photograph	Musikinstrumentenmacher	Weinküfer
Porzellanarbeiter	Nadler	Ziegelstreicher
Retoucheur	Orgelbauer	
Schaffner	Postdienst	
Schiffbauer	Putzer für Glas- u. Miniaturarbeiten	
Schlosser	Sattler	
Schneider	Schlächter	
Schwertfeger	Schornsteinfeger	
Seemann	Schreiber	
Stationsbeamter (Außendienst)	Schriftsetzer	
Steinmetz	Schuhmacher	
Stereotypeur	Schutzmannschaft	
Stuckateur	Segel- und Tuchmacher	
Tapezierer	Stationsbeamter (im Innendienst)	
	Stallbediensteter	

I. Jedes Auge $^2/_3$ Sehschärfe und mehr.	II. Ein Auge $^2/_3$ Sehschärfe und mehr, das andere $^1/_3$ Sehschärfe und mehr.	III. Sehschärfe weniger als II.
Telegraphist	Steinschleifer	
Tischler	Stellmacher	
Uhrmacher	Tierausstopfer	
Unteroffizierschule	Töpfer	
Xylograph	Vernickler	
Weichensteller	Wagenbauer	
Zahntechniker	Wächter	
Zimmerer	Weber	
	Zinngießer	
	Weibliche Berufsarten	
Bildhauerin für Holz, Gips, Elfenbein	Bandagistin	Arbeiterin (gewöhnl.)
Graveurin	Dienstmädchen	Blumenbinderin
Kupferstecherin	Friseurin	Buchbinderin
Lithographin	Handschuhmacherin	Fabrikarbeiterin
Malerin	Hutmacherin	Gärtnerin
Modelleurin	Kaufmännisches Gewerbe	Glasbläserin
Photographin	Kellnerin	Hausmädchen für gröbere Arbeiten
Retoucheuse	Kindergärtnerin	Köchin
Schneiderin	Krankenpflegerin	Korbflechterin
Schreibmaschinenschreiberin	Lehrerin	Kranzbinderin
Spitzenklöpplerin	Musikerin	Landwirtschaft
Telegraphistin	Postdienst	Packerin
Xylographin	Putzmacherin	Plätterin
Weißzeugnäherin	Schreiberin	Straßenreinigerin
Zahntechnikerin	Weberin	Stubenbohnerin
		Tabakarbeiterin
		Wäscherin

55 Proz. liegt. Maße, die sich der unteren Grenze nähern, lassen auf Konsumtion schließen, Maße, die der oberen Grenze nahe kommen, auf gesundheitsschädliche Fettleibigkeit. G. hat nun aus dem Material einer Gesellschaft 600 Fälle von männlichen Versicherten, von denen trotz der sorgfältigen Auslese später 100 an Lungenschwindsucht zugrunde gingen, folgende Tabellen zusammengestellt:

Tabelle I.

Brustumfang: Körpergröße nach Altersklassen:

	20–30 J.	31–40 J.	41–50 J.	Alle Alter
Tuberkulöse	51,8 %	52,2 %	54,0 %	52,3 %
Nichttuberkulöse	53,0 %	55,5 %	55,7 %	54,9 %

Kolonne 4 ergibt als Durchschnitt für die Tuberkulösen 52,3, für die Nichttuberkulösen 54,9. Auf die Durchschnittsgröße berechnet beträgt dies den immerhin wesentlichen Unterschied des Brustumfanges von 4—5 cm. Es zeigt sich ferner, daß das Verhältnis bei den Tuberkulösen für jedes Dezennium unterhalb der Werte für die Nichttuberkulösen bleibt, daß aber für jede Altersgruppe ein Anstieg mit dem zunehmenden Alter eintritt. Dieser Anstieg ist offenbar durch die mit den Jahren eintretende größere Leibesfülle bedingt.

In Tabelle II sind Tuberkulöse und Nichttuberkulöse nach der Körpergröße geordnet.

Tabelle II.

Brustumfang: Körpergröße nach der Größe:

	151—160 cm	161—170 cm	171—180 cm	181—190 cm
Tuberkulöse	53,2 %	52,5 %	51,6 %	50,8 %
Nichttuberkulöse	57,1 %	55,1 %	54,5 %	53,4 %

Auch hier bleiben die Werte bei den Schwindsüchtigen erheblich unterhalb derjenigen für die andere Gruppe. Es zeigt sich aber, daß mit zunehmender Körpergröße eine Abnahme des Prozentsatzes bei beiden Gruppen stattfindet, d. h. daß die Kurve der Körpergröße steiler ansteigt als die des Brustumfanges und daß dadurch ein Mißverhältnis zwischen Längenwachstum und Brustumfang zu ungunsten des letzteren eintritt. Für die allergrößten Nichttuberkulösen erreicht die Zahl Werte, die dem Durchschnitt der Tuberkulösen bedenklich nahe kommen.

Tabelle III.

Brustumfang: Körpergröße bei Tuberkulösen nach der Zeit der Versicherungsdauer:

Jahre	%		
0—1 . . .	52,4	0—5:	51,9
1—2 . . .	53,1		
2—3 . . .	51,5		
3—4 . . .	51,2		
4—5 . . .	51,8		
5—6 . . .	51,7	6—10:	52,6
6—7 . . .	53,6		
7—8 . . .	53,2		
8—9 . . .	52,4		
9—10 . . .	50,5		
11—15 . . .			52,6
15—26 . . .			52,3

Aus der Tabelle ist ersichtlich, daß das Mindermaß des Verhältnisses unabhängig von der Dauer der Versicherung und schon vorhanden ist, gleichviel ob zwischen der Aufnahme in die Versicherung und der späteren tödlichen Erkrankung 1, 5, 10 oder 20 Jahre liegen. Da die Dauer der manifesten Erkrankung keine so lange ist und die Versicherten ja bei ihrer Aufnahme bestimmt gesund befunden worden sind, so beweist die Tabelle III, daß der geringere Brustumfang der später tuberkulös Erkrankten das Primäre und nicht etwa die Folge einer schon bestehenden Erkrankung ist.

Zum Schluß hält Herr Bielefeld einen Vortrag über **„Das Anschwellen der Invalidenrenten und die ärztlichen Atteste"**. Die Summe der in jedem Jahre auszuzahlenden Invalidenrenten ist schnell und stark angewachsen. Bei sämtlichen deutschen Landes-Versicherungsanstalten hat die Zahl der laufenden Renten im Anfang des Jahres 1897 rund 161000, 1898 210000, 1899 264000, 1900 324000, 1901 405000, 1902 486000, 1903 574000, 1904 663000, 1905 735000 betragen. Es sind neu bewilligt worden im Jahre 1899 rund 91000, 1900 125000, 1901 130000, 1902 142000, 1903 152000, 1904 140000. Vom Jahre 1901 an haben Kommissionen, bestehend aus Mitgliedern des Reichsamts des Inneren und des Reichs-Versicherungsamts, die Bezirke verschiedener Landes-Versicherungsanstalten bereist, um die Tätigkeit der einzelnen Anstalten und das bei ihnen übliche Verfahren zu prüfen. Die Folge dieser Reisen sind gewesen, daß die Zahl der bewilligten Renten gesunken ist. Sehr zu beachten ist aber, daß nicht nur die bewilligten Renten an sich gesunken sind, sondern auch die Zahl der Anträge

auf Bewilligung von Invalidenrenten. Aus letzterem geht hervor, daß die Abnahmen nicht die Folge eines von den Behörden ausgeübten Druckes sein können. In einer 1903 revidierten Versicherungsanstalt hat die Zahl der Rentenanträge im 1. Semester 1902 4649, 1903 5311, 1904 nur 4749, in einer anderen, in demselben Jahre revidierten Anstalt im 1. Semester 1903 2489, 1904 nur 1748 betragen. Von den verschiedensten Seiten sind eine ganze Reihe von Gründen für das Anschwellen der Invalidenrenten geltend gemacht worden, so ist mehrfach behauptet, daß Rentenbewilligungen auch in solchen Fällen zustande kommen, die nicht dem Sinn des Gesetzes entsprechen. Aber auch das Gesetz selbst hat man verantwortlich zu machen gesucht, daß es die Erlangung einer Rente zu sehr erleichtere, auch sollen manche unteren Verwaltungsbehörden gelegentlich die Rentenbewerber begünstigen. Da für die Erlangung einer Invalidenrente das ärztliche Attest von größter Bedeutung ist, so ist nicht zu verwundern, daß gegen die Aerzte bezüglich ihrer Gutachtertätigkeit Klagen erhoben worden sind, über die Redner objektiv berichtet. Sehr wichtig ist, daß die Aerzte gebührend den Unterschied zwischen Berufsinvalidität und Invalidität im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes berücksichtigen. Es muß der Arzt in erster Linie den Begriff der „Erwerbsunfähigkeit" genau kennen. Sieht man sich aber die Definition an, die das Gesetz selbst gibt, so erkennt man, wie viele Momente der Arzt in jedem einzelnen Falle zu beurteilen und abzuwägen genötigt ist. Der Arzt muß wissen, wieviel in der betreffenden Gegend ein Normalarbeiter von der Ausbildung, von den Fähigkeiten des Rentensuchers verdient, welchen Teil der Normalarbeit der Anwärter noch leisten kann, und wieviel er demnach zu verdienen imstande ist. Dabei ist zu berücksichtigen, daß nicht allein die eigentliche Berufsarbeit des Anwärters, sondern auch eine ähnliche, wie z. B. für einen Buchhalter eine Tätigkeit als einfacher Schreiber, in Betracht kommt. Keine Rücksicht darf darauf genommen werden, daß z. B. der Buchhalter aus Standesrücksichten es ablehnt, die Arbeit eines Schreibers zu übernehmen. In diesem Sinne liegen ausdrückliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts vor. Andererseits darf man den Normalarbeiter auch nur aus der entsprechenden Berufsart wählen. So dürfe man einen Buchhalter nur in Vergleich setzen zu einem kaufmännischen Normalarbeiter, einen Bergmann zu einem Bergarbeiter. Von größter Bedeutung ist die Niederschrift eines möglichst eingehenden Befundes. Ist nun der Arzt zu der Ansicht gekommen, daß Invalidität vorliegt, und ist ihm nicht schon in dem Formular die Frage vorgelegt, ob der Antragsteller noch 300, 500 M. usw. verdienen kann, so soll der Arzt möglichst die Zahl benennen, die nach seiner Meinung in Betracht kommt. Mit einer einfachen, prozentualen Abschätzung kann der Richter wenig anfangen. Durchaus zu vermeiden sind allgemeine Angaben, wie „befähigt zu leichten Arbeiten", wenn nicht der Arzt mindestens einige solcher ihm leicht erscheinenden Arbeiten anführe, die dem Versicherten zugemutet werden können. Das Gutachten sei um so eindrucksvoller, wenn der Arzt für seine Ansicht noch besondere Gründe anführt. Ferner muß berücksichtigt werden, ob der Bewerber zwar zu gewissen Arbeiten an sich befähigt ist, aber nur mit daraus resultierender Schädigung seiner Gesundheit: derartige Arbeiten können ihm nicht zugemutet werden. Es kommt auch nur in Frage, ob er zu wirklicher Lohnarbeit befähigt ist, nicht aber etwa zu irgend einer anderen Erwerbstätigkeit, z. B. als selbständiger Gewerbetreibender (Händler, Hausierer etc.); die umgekehrte Ansicht ist irrig. Sind nun alle diese Momente berücksichtigt, dann ist ferner zu prüfen, ob die Arbeiten, zu denen der Bewerber

imstande ist, sei es nach Lage des Arbeitsmarktes, sei es nach dem Zustande seines Leidens, dauernd auszuführen sind oder nur tage- resp. wochenlang, nach Saison etc., und wieviel auf Grund dessen die Summe des von ihm zu Erwerbenden im Laufe eines Jahres beträgt. Dabei sind gegebenenfalls miteinzurechnen Naturalleistungen, wie freie Wohnung, Beköstigung, Kleidung. Wo die einfache Untersuchung oder Beobachtung dem attestierenden Arzt kein abschließendes Urteil ermöglicht, ist ihm auf das dringendste anzuraten, eine Beobachtung im Krankenhause vorzuschlagen. Der Antragsteller muß sich die Ueberweisung ins Krankenhaus zu diesem Zwecke gefallen lassen. Durch ihre Atteste können die Aerzte dazu beitragen, nicht daß die Renten herabgedrückt werden, sondern daß sie nur solche Leute erhalten, die sie nach dem Gesetz verdienen. Dann sichern sich auch die Aerzte den ihnen bei der Durchführung der Versicherungsgesetze zukommenden Einfluß. Je mehr ihre Atteste berücksichtigt werden, um so mehr wächst ihre Freude an der Mitarbeit. Auf eine solche von seiten der Aerzte legt das Reichsversicherungsamt sehr großen Wert, was es ja am besten dadurch beweist, daß es Mustergutachten regelmäßig amtlich veröffentlicht. Jeder, der mit der deutschen Arbeiterversicherung Bescheid weiß, ist davon durchdrungen, daß die Aerzte deren unentbehrlichste Stütze sind.

Sitzung vom 25. Mai 1905.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr Grotjahn.

Herr Th. Weyl trägt über **„Geschichte der sozialen Hygiene im Mittelalter“** vor. Unter Demonstration zahlreicher historischer Abbildungen schildert er, wie man sich im Mittelalter der Volkskrankheiten, insbesondere der Pest zu erwehren suchte. In der Mitte des 14. Jahrhunderts wanderte die orientalische Bubonenpest nach Italien ein. Sie traf das Land vollkommen unvorbereitet. Zwar bestanden seit dem 13. Jahrhundert in den größeren italienischen Städten, wie Pistoja, Lucca und Firenze bereits sogenannte Codici sanatarii, Gesundheitsgesetze. Aber alle die weisen Verordnungen dieser Codici standen nur auf dem Papier, auf die Realität der Dinge hatten sie keinen Einfluß. Als 1348 der schwarze Tod nach Florenz kam, da gab es keine Abwehrmaßregeln. Da waren es nun die Veneciauer, welche sich von dem Banne der herrschenden Meinung losmachten und zum ersten Male von Staats wegen gegen die Seuche einschritten. Sie erwählten am 30. März 1348 die Triumviri zur Abwehr der Pest. Diese bekamen eine fast unbeschränkte Machtbefugnis und verordneten, daß die Beerdigung der Armenleichen außerhalb der Städte zu geschehen habe und zwar in fünf Fuß tiefen Gräbern. Als dann die Pest 1399 und 1400 von neuem auftauchte, raffte sich die Signorie von Venedig zu einem geradezu unerhörten Beschlusse auf. Trotz der Frömmigkeit jener Tage wurden die Geißlerzüge verboten. Auch die übrigen Länder und Städte Italiens verkündeten allmählich die „hygienischen Grundgesetze“. Aber mit der Ausführung sah es schlimm aus. Denn abgesehen von einigen steinernen Häusern, in denen die Fürsten und die hohen Beamten wohnten, und von einigen Palästen reicher Geschlechter, bestanden die italienischen Städte im 14. Jahrhundert aus niedrigen Holzhäusern. Sobald die Pest in der mittelalterlichen Stadt ausgebrochen war, vereinigten sich sämtliche Bürger unter Vortritt der hohen und niedrigen Geistlichkeit zu Prozessionen Litaneien singend durchzogen sie die Straßen und gerade, was sie verhindern wollten, führten sie herbei, nämlich die Verbreitung der Infektion. Zwar verbot man an einzelnen Stellen das Leichengefolge; das ist auch in Florenz im Jahre 1348 geschehen.

Aber man beschwerte sich mit Recht darüber, daß das Leichengefolge zwar dem armen Manne versagt blieb, daß aber dem Reichen so viel Priester folgten, als die Hinterbliebenen bezahlen wollten oder konnten. Ein fernerer Grund, weshalb sich die Pest in den Städten so lange hielt und immer wieder von neuem auftrat, ist darin zu suchen, daß man auf die Bestattung der Leichen geringe Sorgfalt verwandte. Während wir gesehen, daß bereits 1348 Venedig strenge Maßregeln traf, wurden in anderen Städten auch nach dieser Zeit die Leichen, wie bisher, im Innern der Stadt beerdigt und zwar mit Vorliebe in den Kirchen und um die Kirchen herum. Es waren unerhörte Gerüche, welche die Gräber ausatmeten. In anschaulicher Weise erzählt ein Florentiner Schriftsteller um das Jahr 1348, daß man die Leichen mit Erde bedeckte und auf die Erde wieder eine Leichenschicht und dann eine neue Schicht Erde brachte. Aber endlich fiel in diese bigotte, abergläubische, mystische Zeit ein Lichtstrahl menschlicher Intelligenz. Es waren die Herren von Mailand, die Visconti, welche sich auf dem Gebiet der Seuchenabwehr großen und dauernden Ruhm erwarben und in Mailand selbst die Häuser, in denen sich Pestkranke befanden, niederreißen und die Pestkranken darunter begraben ließen. Gian Galeazza Visconti, erließ 1399 die erste Desinfektionsordnung. Es wurden sogar besondere Desinfektoren und Wäscher angestellt. Die Tätigkeit der Visconti auf dem Gebiete der Pestbekämpfung war für alle folgenden Jahrhunderte maßgebend. Ich möchte daher das von ihnen ausgehende System das Viscontische nennen. Das 15. Jahrhundert bringt nun einen weiteren sehr bemerkenswerten Fortschritt. Es entstand nämlich im Jahre 1403 die erste Quarantäneanstalt, von der wir Kunde haben, und zwar in Venedig. Ferner wurde hier im Jahre 1577 das erste schwimmende Lazarett errichtet. Allmählich verbreitete sich nun die in Italien erprobte Form der Pestbekämpfung auch in Deutschland. Das ist nicht wunderbar, wenn wir bedenken, in wie regem Geistesaustausch beide Länder miteinander getreten waren. Wir wissen ja, daß deutsche Aerzte in großer Zahl über die Alpen gingen, um in Bologna, Padua, Pavia und Pisa Medizin zu studieren. Ich möchte aus der großen Zahl dieser Aerzte den Physikus Ewich von Bremen hervorheben, der mit Luther intim befreundet war. Ewich berichtet in seinem Werke über die Abwehr der Pest, daß nach Luther's Meinung die Krankheiten nicht nur durch die Sünden der Menschen entstehen, sondern auch aus anderen Ursachen, und zwar durch Mutwillen und Verwahrlosung der Menschen. In diesem Werke Ewich's wird genau auseinandergesetzt, wie sich eine Stadt gegen die Pest verhalten soll.

Darauf trägt Herr Guttstadt über die **„Entwicklung der Medizinalstatistik in Preußen“** vor.

Das Statistische Bureau feiert am 28. d. M. das hundertjährige Bestehen; unter seinen neun Geschäftskreisen befindet sich auch die Medizinalstatistik. Da ich seit Einrichtung dieses Geschäftskreises im Jahre 1874 die Arbeiten zu erledigen habe, hielt ich mich für verpflichtet, hier in einem Kreise von Fachmännern einen kurzen Bericht über die Medizinalstatistik in Preußen zu erstatten. Wenn man von einer Entstehung der Medizinalstatistik sprechen will, so kann ich nur wie der Herr Vorredner auf das Auftreten der Pest hinweisen, welche hygienische Maßregeln hervorgerufen hat, die von uns heute noch als richtig anerkannt werden. Unter dem Großen Kurfürsten sind zum ersten Male wegen des Auftretens der Pest Anordnungen getroffen worden, über Erkrankte und Verstorbene Nachrichten einzuziehen. In späterer Zeit, im Anfange des 18. Jahr-

hunderts, gibt es schon dauernde Anordnungen, welche darauf hinzielen, ein medizinalstatistisches Material zu beschaffen. Zur Zeit Friedrich's des Großen, der durch die bekannte Arbeit von Süßmilch auf die große Bedeutung aufmerksam gemacht wurde, welche die Nachrichten über die Bewegung der Bevölkerung haben, sind Angaben über Todesursachen ganz besonders beachtet worden. Ueber die Bewegung der Bevölkerung sind Berichte in erster Linie aus Städten, die natürliches Interesse dafür hatten, überliefert, so aus Augsburg, welches Nachrichten über die Bevölkerung bereits im Jahre 1500 gesammelt hat, dann aus Breslau 1550, Straßburg 1564 usw. Später hat man auch in England dieser Angelegenheit mehr Aufmerksamkeit gewidmet und dort auch die ersten Publikationen ausgeführt. In Preußen wurde im Jahre 1805 das Statistische Bureau errichtet, und zwar auf Veranlassung des Ministers v. Stein. Die äußere Veranlassung dazu war geschaffen durch den Geheimen Registrator Krug, der über die ökonomischen Verhältnisse der Bewohner des preußischen Staates ein Werk veröffentlicht hatte, welches die Aufmerksamkeit König Friedrich Wilhelm's III. erregte; vom 28. Mai 1805 datiert die Order, die die Errichtung des Statistischen Bureaus befahl. Hatte man schon vorher Berichte über die Bevölkerungen erhoben, Bevölkerungslisten geführt, dann diese Berichte zu ergänzen gesucht, so wurden jetzt dauernde Grundlagen dafür geschaffen. Unter dem Einfluß von Süßmilch hatte die Neigung, die Todesursachen festzustellen, dazu geführt, daß das „Allgemeine Landrecht" Teil II, Titel 11, eine Bestimmung enthielt, wonach die Geistlichen verpflichtet waren, bei Anmeldung von Todesfällen nach der Todesursache sich zu erkundigen. Die eigentliche Berichterstattung lag damals in den Händen der Kirchengemeinden: Diese Einrichtung bestand bis 1874, in welchem Jahre das Standesamtsgesetz einschneidende Aenderung auf diesem Gebiete herbeiführte. Bei der Beratung des Gesetzes ist allerdings die Frage nach den Todesursachen namentlich von juristischer Seite in bezug auf die Aufnahme in das Register bekämpft worden. Obgleich auch Virchow dafür eintrat, die Frage nach den Todesursachen in das Gesetz hineinzubringen, ist es nicht gelungen. Es wurde auf dem Verwaltungswege den Standesbeamten aufgegeben, neben dem Protokoll über jeden Fall von Geburt, Eheschließung und Sterbefall eine Zählkarte auszufüllen; sie sind verpflichtet, diese Zählkarten an das Statistische Bureau vierteljährlich einzureichen. Viel Zeit ging bisher dadurch verloren, daß die Rückfragen wegen Todesursachen durch Vermittlung des Regierungspräsidenten an die Kreismedizinalbeamten gehen mußten. Mit der neueren Gesetzgebung auf dem Gebiet des Medizinalwesens ist ein großer Fortschritt zu verzeichnen, da das Statistische Bureau jetzt ermächtigt ist, mit den Kreisärzten direkt zu verhandeln. Von vornherein habe ich sehr bedauert, daß nicht die ärztliche Leichenschau für das ganze Land durchgesetzt werden konnte. Was die Aufbereitung des Materials betrifft, so wurde ein Formular entworfen, dessen Ausfüllung auf Grund der standesamtlichen Zählkarten für Gestorbene seit 1874 bis heute in derselben Weise erfolgt. Gerade als dieser Geschäftskreis im Statistischen Bureau eingerichtet wurde, noch in demselben Jahre 1874, tagte eine Reichskommission hier mit der Aufgabe, statistische Aufgaben für das künftige Reichsgesundheitsamt vorzuberaten. Der Kommission gehörten aus mehreren Bundesstaaten 11 Herren an. Als Schriftführer dieser Kommission habe ich in sehr eingehender Weise alle Einrichtungen, die im Deutschen Reiche in bezug auf die Todesursachen und andere medizinalstatistische Fragen damals bestanden, zu bearbeiten Gelegenheit ge-

habt, so daß reiches Material darüber in dem Berichte, der in der Zeitschrift des königl. Statistischen Bureaus 1874 zu finden ist, niedergelegt ist. In bezug auf die Altersklassen der Gestorbenen haben wir von jener Zeit an immer unterschieden das Säuglingsalter von der Altersklasse 1—2, 2—3, 3—6 Jahren usw. Natürlich wurde auch das Geschlecht der Gestorbenen getrennt für jede Altersklasse, weil in bezug auf die Sterblichkeit die beiden Geschlechter große Verschiedenheiten zeigen. In Verbindung mit dieser Einrichtung konnten die Tabellen der Todesursachenstatistik einen Wert erlangen, wenn auch die ärztliche Totenschau nicht landesgesetzlich geregelt ist. Die Aufstellung einer solchen Tabelle erfolgt für jeden Kreis, nach Stadt und Land getrennt. Dadurch, daß wir Zählkarten für Gestorbene haben, sind wir in der Lage, für jeden einzelnen Ort die geschilderten Tabellen aufzustellen. Gegen Erstattung der Abschriftskosten werden diese Tabellen, und nur, wo diese besonders aufgestellt werden, für einen bestimmten Arbeitspreis jedem Besteller geliefert. Es wird von dieser Einrichtung viel Gebrauch gemacht, von Kreisärzten und Gemeinden, von Standesbeamten und Personen, die wissenschaftlich arbeiten; namentlich, wenn es sich darum handelt, sanitäre Verbesserungen in Städten zu begründen. Inzwischen war das Statistische Bureau, nachdem die Mitwirkung der Kreisärzte durch den Ministerialerlaß vom 20. August 1901 für die Richtigstellung der Todesursachen mehr als bisher gesichert worden war, bemüht, die bisherige Nomenklatur der Todesursachen abzuändern. Diese gelangte zur Erörterung in einer kommissarischen Beratung 1903 im Kultusministerium. Die Beratung bezog sich auch auf das systematische Verzeichnis für Berlin, das auf Veranlassung des Berliner städtischen statistischen Amtes nach Virchow's Tode durch die Beratung der Krankenhausärzte der Stadt abgeändert war. Die Ergebnisse dieser Beratungen dienten dann als Grundlage für die Verhandlungen im Kaiserlichen Gesundheitsamte 1903 und 1904, aus denen ein systematisches Verzeichnis der Todesursachen hervorging, das durch Ministerialerlaß sämtlichen Aerzten Preußens zur Kenntnisnahme und Verwertung überwiesen wurde. Für die Landesstatistik ist außerdem ebenfalls ein Verzeichnis vereinbart worden. Dieses Schema ist in Preußen seit 1903 eingeführt und wird in allen Bundesstaaten wohl zur Einführung gelangen. Ein Blick in die Zukunft weist in bezug auf medizinalstatistische Aufgaben dringend auf das Gebiet des Versicherungswesens hin: man darf sich nicht beschränken, bloß eine Statistik von Todesursachen zu bearbeiten, sondern muß dahin streben, die Krankheiten und ihre Letalität statistisch festzustellen.

Sitzung vom 15. Juni 1905.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr Grotjahn.

Der Vorsitzende verliest folgende Adresse, die die Gesellschaft am 28. Mai dem königl. preußischen Statistischen Bureau zur Feier seines 100 jährigen Bestehens überreicht hat:

„Die Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik hat ihr Präsidium beauftragt, das Königliche Statistische Bureau an dem Tage der Jahrhundertfeier zu beglückwünschen, insbesondere zu der Wirksamkeit seiner medizinalstatistischen Abteilung. Jubiläen sind Meilensteine am Wege der Zeit; sie laden zu einem ruhigen Rückblick auf die durchmessene Strecke ein. Da sehen wir vom Statistischen Bureau etappenweise Rüstkammern aufgerichtet, aus denen die Streiter des Tages ihre Waffe holen. Jede große Frage der Gegenwart auf

sozialmedizinischem und hygienischem Gebiet hat frühzeitig in dem Statistischen Bureau ihre Bearbeitung und Durchleuchtung gefunden: die Bekämpfung der venerischen Krankheiten, des Alkoholismus, der Kindersterblichkeit, der Pocken durch die Impfung. Eine Reihe wertvoller Arbeiten waren einzelnen Krankheiten, dem Typhus, Flecktyphus und Rückfallfieber, auch der Tuberkulose und der Wirksamkeit des Kochschen Tuberkulins gewidmet. Die Frage der obligatorischen Leichenschau beleuchtete es bereits in den 70er Jahren. — Bezüglich der Aerztefrage behandelte es die ärztliche Gewerbefreiheit und ihren Einfluß auf das öffentliche Wohl, die praktische Ausbildung der Aerzte in Kliniken und die Frage der Spezialärzte. Der Anthropologie leistete es Dienste durch seine dauernd fortlaufende Zählung der Eheschließungen unter Blutsverwandten und seine Zählung sowohl der Fälle von Blutsverwandtschaft als von erblicher Belastung bei den verschiedenen Formen der Geisteskrankheiten. Die Bände der preußischen Medizinalstatistik sind gewaltige Arsenale, gefüllt mit Tatsachenmaterial, als Waffen des Geistes im Kampfe gegen die Krankheiten, die Feinde des Menschengeschlechts. Vollständige lückenlose Erhebung, sorgfältige Prüfung und Sicherstellung durch zahllose Rückfragen, geschickte Aufbereitung mit Hilfe der von dem preußischen Statistischen Bureau gepflegten eigenen Zählkartenmethode, klare Darstellung in übersichtlichen Tabellen, allgemein verständliche Begleittexte mit wissenschaftlicher Betrachtung des Zahlenstoffes, — das sind die Eigenschaften, die die medizinische Wissenschaft, die unsere Gesellschaft an den medizinalstatistischen Veröffentlichungen des Bureaus hochschätzt. Wir haben das Glück, den Leiter der medizinalstatistischen Abteilung des Bureaus, der seit einem Menschenalter an ihrer Spitze steht, zu den Unseren zu zählen und haben hierin noch einen besonderen Anlaß gefunden, dem Statistischen Bureau unsere Glückwünsche darzubringen. Wir verbinden diese mit der Bitte, daß die freundwillige Stellungnahme des Herrn Präsidenten und der Mitglieder des Statistischen Bureaus zu der freien wissenschaftlichen Vereinigung, die wir bilden, für alle Zeit die gleiche bleiben möge. Im Auftrage der Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik: P. Mayet, E. Dietrich, O. Lassar."

Herr O. Lassar berichtet über die umfassende **Tätigkeit der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder** und demonstriert im Anschluß an seinen Bericht eine Reihe von Projektionsbildern über historische und moderne Badeinrichtungen.

Darauf trägt Herr H. Schönheimer über die **„Dringlichkeit der ärztlichen Hilfeleistung“** (§ 6a und 26a KrVG.) vor. Das alte Krankenversicherungsgesetz vom 15. Juni 1883 schrieb in den §§ 6, 20 etc. in den Krankenkassen nur vor, daß sie den Mitgliedern „freie ärztliche Behandlung“ gewähren müssen. Worin diese freie ärztliche Behandlung bestehen soll, durch wen sie zu leisten sei, darüber war nichts gesagt und die allgemeine Auffassung ging dahin, daß es dann eben der Kasse freistände, dies zu bestimmen. Es entsprach dies ja auch der historischen Entwicklung des Krankenkassenwesens, da ja in der Zeit vor der Einführung des Gesetzes die Krankenkassen die ärztliche Hilfe fast allgemein durch fest angestellte Aerzte gewährt hatten. Der erste Gesetzgeber hatte also keineswegs etwa daran gedacht, die freie Arztwahl gesetzlich festzulegen. Er hatte es vielmehr als selbstverständlich betrachtet, daß die freie ärztliche Behandlung durch eigens dazu bestimmte Aerzte gewährt werden würde, und es sogar wegen dieser vermeintlichen Selbstverständlichkeit für überflüssig gehalten, in das Gesetz Bestimmungen darüber aufzunehmen. Es unterliegt aber

keinem Zweifel, daß nach dem Wortlaute dieses Gesetzes eine solche Selbstverständlichkeit, die mehr der historischen Entwicklung entsprach, nicht ausgedrückt war, sondern daß gerade die weiteste unorganisierte und darum in der Praxis undurchführbare freie Arztwahl daraus interpretiert werden konnte. Andererseits ließ aber gerade die herrschende Interpretation, daß nämlich die ärztliche Hilfe durch bestimmte Kassenärzte zu gewähren sei, auch die Annahme zu, daß die bei anderen als diesen angestellten Aerzten requirierte Hilfe auch in dringlichen Fällen nicht besonders honoriert werden müsse. Hier setzte nun die Novelle vom 10. April 1892 ein, indem sie im § 6a, al. 6 für die Gemeinde-Krankenversicherung und im § 26a, al. 2b für die Ortskrankenkassen bestimmte, daß die Kassen in ihre Statuten die Bestimmung aufnehmen dürfen, „daß die ärztliche Behandlung, die Lieferung der Arznei und die Kur und Verpflegung nur durch bestimmte Aerzte, Apotheken und Krankenhäuser zu gewähren sind, und die Bezahlung der durch Inanspruchnahme anderer Aerzte, Apotheken und Krankenhäuser entstandenen Kosten, von dringenden Fällen abgesehen, abgelehnt werden kann“. Formell bedeutete dies eine Einschränkung, in Wahrheit aber eine Ausdehnung der Leistungen der Krankenkasse, denn da auch vorher nicht das Bestehen einer freien Arztwahl angenommen worden war, so kam als Novum der neuen Fassung nunmehr hinzu, 1. daß diese freie Arztwahl jedenfalls überall dort bestand, wo nicht das Statut die Zulässigkeit der Bezeichnung bestimmter Aerzte gestattete und 2. die Rücksichtnahme auf die dringenden Fälle. Ohne weiteres ist ersichtlich, daß die Dringlichkeit der Zuziehung eines Arztes dann gegeben ist, wenn Gefahr im Verzuge ist, daß sich die Krankheit ohne die sofortige Zuziehung eines Arztes verschlimmern würde. Es kann aber auch einem Patienten nicht zugemutet werden, stärkere Schmerzen länger, als unbedingt nötig ist, zu ertragen, so daß also auch der Schmerz die Dringlichkeit rechtfertigt. Alle solche Fälle, in denen der Patient das Bedürfnis nach rascher Hilfe empfindet und der hinzugezogene Arzt die Dringlichkeit bestätigt, sind als objektiv dringliche Fälle bezeichnet worden. Nun können aber auch einzelne Symptome der Krankheit für den Patienten so beunruhigend sein, daß er selbst glaubt, rasch der ärztlichen Hilfe zu bedürfen, während der hinzugezogene Arzt etwa konstatiert, daß der Fall einen Aufschub ohne dauernden Schaden für den Kranken wohl vertragen hätte. In diesen recht häufigen Fällen wird man gleichwohl die Dringlichkeit der Zuziehung des Arztes anerkennen müssen, denn der Kranke selbst kann nicht beurteilen, ob seine Angst gerechtfertigt ist oder nicht; für ihn war eben die Zuziehung des Arztes dringlich. Solchen Fällen hat man die Bezeichnung der subjektiven Dringlichkeit gegeben. Auch eine relative Dringlichkeit muß anerkannt werden. Wenn z. B. die Krankenkasse nicht für genügende ärztliche Hilfe sorgt, so kann der Fall auch dann dringlich sein, wenn er es unter gewöhnlichen Verhältnissen nicht wäre, wenn nämlich zwar nicht die Erkrankung eine sofortige eilige ärztliche Hilfeleistung erfordert, wohl aber doch dem Kranken nicht zugemutet werden kann, so lange darauf zu warten, wie sie bei der durch die Krankenkasse gewährten mangelhaften ärztlichen Versorgung nur erfolgen kann. In diesem Falle würde ein zwar nicht absolut dringlicher, aber im Verhältnis zu der gewährten krankenkassenärztlichen Versorgung relativ dringlicher Fall vorliegen. Derartige Fälle haben besonders in

neuerer Zeit, wo es in verschiedenen Gegenden Deutschlands zu sog. Aerztestreiks gekommen ist, eine große Rolle gespielt.

Sitzung vom 29. Juni 1905.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr Grotjahn.

Herr Eggelrecht (Leipzig) trägt über **„Massageausübung durch Blinde"** vor und liefert durch seine Ausführungen den Beweis, daß die Massage wohl unter die von Blinden ausgeführten Arbeiten aufgenommen werden kann; denn die Blindheit, die natürlich an und für sich ein Hindernis abgibt, kann dennoch in einem Grade überwunden werden, von dem viele Sehende nichts wissen. Tast- und Gehörsinn lassen genügend weite Pforten, um dem Geist Bildung zuführen zu können. Die Sehenden unterschätzen auch heute noch die Leistungsfähigkeit der Nichtsehenden einfach aus Unkenntnis. Und doch repräsentiert die deutsche Blindenarbeit einen volkswirtschaftlich nicht unansehnlichen Teil des ganzen Marktes. Immerhin ist die Auswahl besonders der einträglichen Berufe für Erblindete gering; der Arbeitsertrag ist im einzelnen meist geringer als bei Sehenden und durch die Konkurrenz der Maschine noch erschwert. Es wurde deshalb die Anregung, Blinde in der Ausübung der Massage zu verwenden, 1900 mit Freude als Erweiterung des Arbeitsgebietes begrüßt. In Leipzig z. B. werden im Jahre etwa 30000 Massagen von Blinden ausgeführt.

Sitzung vom 6. Juli 1905.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr Grotjahn.

Herr Th. Sommerfeld trägt über **„Die Anzeigepflicht für gewerbliche Vergiftungen"** vor. Die Bekämpfung von Gefahren für Gesundheit und Leben, insbesondere durch vorbeugende Maßnahmen, setzt voraus, daß wir über die Quellen dieser Gefahren, über das Wesen und die Erscheinungsformen der durch sie bedingten Erkrankungen in allen ihren Einzelheiten unterrichtet sind. Ueber so eingehende Kenntnisse, wie sie hier gefordert werden und wie sie sich bei näherer Betrachtung für ein zweckmäßiges und wirksames Eingreifen als unerläßlich erweisen, verfügen wir auf dem Gebiete, mit dem wir uns heute befassen wollen, auch nicht entfernt. So umfangreich auch die Literatur über gewerbliche Gesundheitspflege in den letzten Jahrzehnten geworden ist — so fehlt doch fast in allen Ländern die auf breitester Grundlage aufgebaute, methodische Untersuchung der gesundheitlichen Lage der einzelnen Industrien. Die Schwierigkeiten wachsen, wenn wir die Erforschung von gewerblichen Vergiftungen, die wir nunmehr ausschließlich berücksichtigen wollen, ins Auge fassen. Wenn wir von den wenigen und deshalb gar nicht in die Wagschale fallenden sinnfälligen körperlichen Veränderungen absehen, die das eine oder andere Gift erzeugt, wie den Bleisaum das Blei und die lochartigen Hautgeschwüre die Chromate, so sei hier mit Nachdruck betont, daß, wie auch Lehmann-Würzburg auf der Hagener Jahresversammlung der Zentralstelle für Arbeiterwohlfahrts-Einrichtungen vor wenigen Wochen hervorgehoben hat, kaum eine einzige Krankheit durch gewerbliche Gifte entsteht, die nicht mit nahezu den gleichen Symptomen aus ganz anderen Ursachen entstanden sein könnte. In diesen Fällen ist die Diagnose selbst für den fachwissenschaftlich durchgebildeten Arzt ungemein schwierig und erfordert ein nicht geringes toxikologisches Wissen. Hierzu kommt, daß einige gewerbliche Gifte in ihren Beziehungen zur menschlichen Gesundheit überhaupt

noch nicht sicher erforscht sind, andererseits in der mächtig fortschreitenden chemischen Industrie andauernd neue giftige Substanzen erzeugt und verwendet werden. Um Mißverständnissen vorzubeugen, nehme ich auch an dieser Stelle Veranlassung, anzuerkennen, daß die Gewerbeaufsichtsbeamten trotz der sich ihnen naturgemäß entgegenstellenden Schwierigkeiten andauernd aufs eifrigste bemüht gewesen sind, ihrerseits zur Erforschung und Bekämpfung der Giftgefahr in den gewerblichen Betrieben beizutragen und daß sie mit größtem Eifer sich die statistischen Unterlagen zu verschaffen gesucht haben. Für eine Reihe von Betrieben, in denen gefährliche, giftige Substanzen erzeugt, bzw. verwendet werden, wird als eine gewisse Ergänzung der Tätigkeit der Aufsichtsbeamten durch Bekanntmachungen des Bundesrats die Einsetzung von Fabrikärzten angeordnet, deren Aufgabe darin besteht, die Arbeiter in bestimmten, gesetzlich vorgeschriebenen Zwischenräumen einer ärztlichen Untersuchung zu unterwerfen und das Ergebnis der Untersuchung dem Arbeitgeber bekannt zu geben. Letzterer ist verpflichtet, ein Krankenbuch zu führen oder unter seiner Verantwortung führen zu lassen. Die periodische Untersuchung muß entsprechend den Bekanntmachungen des Bundesrats erfolgen, in Zwischenräumen von wenigstens zwei Wochen in Spiegelbeleganstalten (seit 1889), zweimal im Monat in den Bleifarbenfabriken (1903), einmal im Monat in den Alkalichromatfabriken (1897), in den Anlagen zur Herstellung elektrischer Akkumulatoren (1897), in den Thomasschlackenmühlen (1899), in den Zinkhütten (1900), in den Bleihütten (vom 1. Januar 1906), von drei Monaten in den Anlagen zur Anfertigung von Zündhölzern unter Verwendung von weißem Phosphor (1893). Die Fabrikärzte werden von dem Unternehmer angestellt und besoldet; sind von demselben also völlig abhängig. Die derzeitige Regelung der Verhältnisse des Fabrikarztes ist, wie ich in meiner letzten Publikation „Der Gewerbearzt"[1]) weiter auseinandergesetzt habe, noch rückständig, und auch eine Reihe von Aufsichtsbeamten und Medizinalbeamten schätzen den Wert der Kontrollbücher nur gering ein. Einwandsfreie und verwertbare Einzeichnungen werden wir allgemein nur dann erlangen, wenn der Vertrauensarzt staatlich angestellt, also unabhängig gemacht wird. Auch eine systematische Beaufsichtigung der Gewerbebetriebe durch die Kreisärzte oder Bezirksärzte erfolgt nicht und muß wegen der Fülle der sonstigen Obliegenheiten der Beamten auch für die Zukunft als ausgeschlossen gelten. Wir ersehen aus diesen Ausführungen, daß weder die Tätigkeit der Gewerbeaufsichtsbeamten, noch die der Fabrikvertrauensärzte oder der Kreis- bzw. Bezirksärzte ausreicht, uns über die Art und Häufigkeit der gewerblichen Vergiftungen aufzuklären. Aber selbst wenn diese Institutionen vollkommen wären und in idealer Weise funktionierten, würden hierdurch nicht entfernt alle gewerblichen Vergiftungen erfaßt werden. Ich habe nur nötig darauf hinzuweisen, daß nur für eine kleine Gruppe von gefährlichen Giftbetrieben die Anstellung von Fabrikvertrauensärzten gesetzlich vorgeschrieben ist und daß sehr viele Betriebsgruppen, in denen mit Giften hantiert wird, bisher überhaupt nicht der Gewerbeinspektion unterstellt sind. Der einzige Weg, die Größe und die Quellen der Gefahr festzustellen, ist die Verpflichtung aller Aerzte, alle Vergiftungen, die auf den Gewerbebetrieb zurückzuführen sind, der zuständigen Medizinalbehörde anzuzeigen. In dieser Richtung bewegten sich die Verhandlungen der im September 1904 stattgehabten Delegiertenversammlung der Internationalen Vereinigung für gesetzlichen Arbeiter-

[1] Der Gewerbearzt. Gust. Fischer, Jena 1905.

schutz. Für die Anzeigepflicht kommen nur die Aerzte in Frage, die durch ihre Stellung zu den Krankenkassen in erster Reihe von den gewerblichen Vergiftungen Kenntnis erhalten. Die Forderung der Anzeigepflicht für gewerbliche Vergiftungen ist keineswegs eine Utopie, sondern eine wohldurchdachte und durchführbare Maßregel. Dies beweist das Vorgehen von England, wo die fragliche Anzeigepflicht seit dem Jahre 1895 obligatorisch eingeführt ist.

Sitzung vom 20. Juli 1905.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr Grotjahn.

Herr E. Joseph trägt über **„Krankentransportwesen und die Neuorganisation in Berlin“** vor.

In einer Stadt wie Berlin finden täglich an 300 Kranke in den Krankenhäusern Aufnahme. Von diesen ist kaum ein Drittel imstande, das Krankenhaus zu Fuß aufzusuchen, fast 200 bedürfen also eines Beförderungsmittels. Man wird zugeben, daß die Krankenbeförderung von täglich ca. 200 Menschen in Berlin immerhin ein Faktor ist, welcher nicht nur allgemeines, sondern auch ein hygienisches Interesse erweckt. Von diesen 200 Kranken werden durchschnittlich nur 60—70 mittels eines besonderen Krankenwagens befördert. Der weitaus größte Teil bedient sich also eines öffentlichen Verkehrsmittels. Diese Tatsache bedeutet offenkundig einen schweren Mißstand nicht nur für den Kranken, für welchen ein unzweckmäßiger Transport in einem öffentlichen Fahrzeug qualvoll und unter Umständen auch gefährlich werden kann, sondern vor allem auch für das Publikum, welches dadurch der Gefahr der Uebertragung ansteckender Krankheiten in hohem Grade ausgesetzt ist. Von den Einrichtungen selbst, die der Verband für erste Hilfe in Berlin bisher geschaffen hat, will ich kurz folgendes anführen, ohne auf die technischen Einzelheiten näher einzugehen. Es besteht eine Hauptstelle (Schiffbauerdamm 20), welche die Bureauräume umfaßt. Diese vermittelt den Verkehr mit dem Publikum, der Polizei, den Behörden etc. Sie ist mit den einzelnen Depots durch direkten Draht verbunden, ebenso mit der Zentrale der Rettungsgesellschaft, welche den Bettennachweis in den Krankenhäusern regelt. Eine direkte Verschmelzung dieser beiden Zentralen war zurzeit aus äußeren Gründen nicht angängig, dürfte aber in Zukunft als zweckmäßig angestrebt werden. Jedes Depot enthält die Stallungen für die Pferde, Remisen für die Krankenwagen, Wohnräume für das Personal, sowie eine vollständig eingerichtete Desinfektionsanstalt. Die Wagen, sämtlich mit bester Federung und Gummireifen versehen, sind durchweg gefällig gebaut und zeigen drei verschiedene Typen. Der Betrieb dieses Unternehmens ist gegenüber der bisherigen Beförderung erheblich verteuert, schon mit Rücksicht darauf, daß nach jedem Transport die Desinfektion erfolgt. Die Selbstkosten eines jeden Transportes mit nachfolgender Desinfektion betragen nach den bisherigen Erfahrungen 7 M. Auf der einen Seite sehen wir also die erheblichen Mehrkosten, welche die konsequente Durchführung der hygienischen Maßnahmen bedingt, auf der anderen Seite besteht das Bestreben, das Krankentransportwesen zu einer allgemeinen öffentlichen Einrichtung zu machen dadurch, daß man die Ausführung der Beförderung unabhängig von der Bezahlung macht und weniger Bemittelten Ermäßigung gewährt.

Sitzung vom 26. Oktober 1905.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr Lennhoff.

Herr Mayet verliest folgende Adresse, durch die Herr Sanitätsrat S. Neumann in Berlin anläßlich seines 86. Geburtstages zum Ehrenmitgliede ernannt wird: „Dem Begründer der Sozialen Medizin, dem Vater der Statistik der Stadt Berlin, der zwei Menschenalter hindurch den Idealen seiner Jugend treu, gewissenhaft und unermüdlich den Fortschritt der Sozialen Medizin und der Medizinalstatistik betrieben, wird es zur freudigen Genugtuung gereichen, daß, wenn auch spät, so doch endlich, die Begründung einer wissenschaftlichen Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik möglich wurde. Nachdem sich schon nach einem halben Jahr gezeigt hat, daß diese Gesellschaft nicht nur lebensfähig ist, sondern durch stetigen Zuwachs an Mitgliedern, durch eine sich dauernd steigernde Zahl ernster Arbeiten ihren hohen Aufgaben gerecht zu werden verspricht, glauben wir es wagen zu dürfen, Ihnen, hochverehrter Herr Sanitätsrat, die uns obliegende Pflicht der Dankbarkeit zu bezeigen. Sie haben bereits im Jahre 1847 in Ihrer Schrift über „Die öffentliche Gesundheitspflege und das Eigentum" die Wichtigkeit des sozialen Momentes in Medizin und Hygiene als Erster betont und die hochbedeutsamen Worte den Aerzten zugerufen:

> „Daß der größte Teil der Krankheiten, welche entweder den vollen Lebensgenuß stören oder gar einen beträchtlichen Teil der Menschen vor dem natürlichen Ziel dahinraffen, nicht auf natürlichen, sondern auf gesellschaftlichen Verhältnissen beruhe, bedarf keines Beweises. Die medizinische Wissenschaft ist in ihrem innersten Kern und Wesen eine soziale Wissenschaft, und solange ihr diese Bedeutung in der Wirklichkeit nicht vindiziert sein wird, wird man auch ihre Früchte nicht genießen, sondern sich mit der Schale und dem Scheine begnügen müssen. Die soziale Natur der Heilkunst steht über allem Zweifel."

Dieser wahrhaft prophetischen Worte wird unsere Gesellschaft stets eingedenk sein. Sie wird nie Ihre grundlegenden Verdienste um die jetzt so hochentwickelte Statistik der Stadt Berlin vergessen, noch auch, daß, wie der Altmeister der Statistik Boeckh bezeugt, die von Ihnen vor langer Zeit eingeleitete Reform einen festen Teil des internationalen Programms für die Volkszählungen bildet. Es wird unserer Gesellschaft Ehre und Genugtuung bereiten, auf den von Ihnen in zahlreichen Arbeiten der sozialen Medizin und der Medizinalstatistik gewiesenen Wegen fortzuschreiten. Sie naht Ihnen, hochverehrter Herr, heute, um Sie um die Erlaubnis zu bitten, Sie in ihren Listen als erstes Ehrenmitglied führen zu dürfen. Berlin, den 21. Oktober 1905, im Auftrage der Gesellschaft für soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik. P. Mayet, R. Lennhoff.

Sodann schildert Herr G. Heimann die Organisation der bevorstehenden **Volkszählung** in Berlin. Die 390 Stadtbezirke Berlins sind in kleinere Zähleinheiten, in zusammen 2775 Zähldistrikte eingeteilt, die sich wiederum in 28300 Zählbezirke gliedern. Jeder Bezirk umfaßt ein Haus; ausnahmsweise sind mehrere kleine Häuser zu einem Zählbezirk vereinigt. Ein jeder Distrikt ist einem Distriktskommissar unterstellt, jeder Bezirk einem Zähler. Diese Personen üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Den Distriktskommissaren sind im ganzen 376 Assistenten beigegeben, die ein Honorar von 30–50 M. beziehen. Sie haben die Distriktskommissare bei den schriftlichen Arbeiten zu unterstützen und, nachdem die Zählpapiere durch die Haushaltungsvorstände ausgefüllt und durch die Zähler

an die Distriktskommissare zurückgestellt sind, dieselben auf den Polizeirevieren mit den Revierbüchern zu vergleichen. Dann folgt die Bearbeitung des Materiales durch das Statistische Amt. Die Kosten der Volkszählung sind recht bedeutend und betrugen in Berlin bei der vorigen Zählung 297000 M. Berlin ist die einzige Stadt in Preußen, welche die Herstellung und die Aufbereitung der Zählpapiere selbständig übernimmt. Die Ausgaben dafür werden vom Staate wieder erstattet. Die Wiedererstattung belief sich für 1900 auf 25000 M.; von anderen Gemeinden wurden 3000 M. erstattet, so daß etwa 270000 M. wirkliche Kosten der Stadt Berlin übrig blieben. Teils sind die Kosten sachlicher Natur, zum Teil Ausgaben für das die Zählung ausführende Personal. Bei den Vorbereitungen waren außer dem ständigen Personal des Amtes schon 80 Leute eingestellt und die Höchstzahl im Laufe der Bearbeitung der Zählpapiere wird sich auf etwa 300 belaufen. Aber der Hauptpunkt, worauf ich Ihre Aufmerksamkeit lenken wollte, ist die Frage nach den Gebrechlichen. Sie lautet: Ist die zu zählende Person blind auf beiden Augen, taubstumm, geisteskrank, geistesschwach? Man hätte noch manches hinzusetzen können, z. B. ob epileptisch, ob verkrüppelt usw., Fragen, die für die jetzt so lebhaften Fürsorgebestrebungen von allererster Bedeutung sind, aber Berlin hat nicht das Recht, selbständig Zusatzfragen zu machen, sondern muß dazu die Zustimmung des Statistischen Landesamts und die des Ministeriums des Innern haben. In bezug auf die Krüppel wird übrigens bei der Berufszählung in zwei Jahren Gelegenheit sein, nähere Ermittlungen anzustellen. Betont sei, daß die Feststellung der Erblindung für einen Laien mitunter sehr schwierig ist. Es finden naturgemäß häufig Verwechslungen mit Schwachsichtigkeit statt. Das Kaiserliche Gesundheitsamt hat in seiner soeben veröffentlichten ausführlichen Publikation über die Blinden nach der Volkszählung von 1900 ebenfalls auf die Unsicherheit der Ermittlungen, da die Feststellung der Blindheit nicht von sachverständiger Seite erfolgte, hingewiesen. Andererseits ist die Frage in sozialer Hinsicht von größter Wichtigkeit. Da hat man im Jahre 1895 in der Schweiz den Ausweg eingeschlagen, daß man die bei der Volkszählung ermittelten Blinden durch Augenärzte hat nachprüfen lassen. Auf diese Weise hat man ein sehr zuverlässiges Material bekommen. (Vgl. Zeitschr. f. Schweiz. Statist. 1900, Bd. 2.) Es ist sehr wohl möglich, die bei der bevorstehenden Zählung in Berlin zu ermittelnden Blinden in gleicher Weise durch Augenärzte nachprüfen zu lassen, die sich zweifellos in genügender Zahl unentgeltlich zur Verfügung stellen werden. Ich würde deshalb der Gesellschaft zu erwägen geben, ob wir eine diesbezügliche Anregung an die Behörden ergehen lassen sollen.

Darauf trägt Herr Dietrich über **„Den Rückgang des medizinischen Studiums“** vor. Nach den Berechnungen unseres bewährten Medizinalstatistikers Georg Heimann betrug am Ende des vorigen Jahres die Zahl der Aerzte im Deutschen Reich 30487 oder 5,40 auf 10000 Einwohner oder ein Arzt auf 1852 Einwohner. Die Gesamtzunahme hatte sich in den Jahren von 1897—1903 nur wenig verändert. Sie betrug in Deutschland durchschnittlich jährlich 852 Aerzte; dagegen zeigte das Jahr 1904 einen deutlichen Rückgang der Zunahme auf 460 oder um 46 Proz. Diese erhebliche Abnahme des ärztlichen Zuwachses hält Heimann in seinem bemerkenswerten Aufsatz in der „Deutschen Med. Wochenschrift“, Jahrgang 1904, Seite 1936, für eine vorübergehende. Beobachtungen, welche ich bei der Bearbeitung des ärztlichen Prüfungswesens in Preußen gemacht habe, veranlaßten mich, den Ursachen in der Bewegung der Zahl der Aerzte näherzutreten und mir die Frage vorzulegen, ob jene Abnahme tatsäch-

lich eine vorübergehende oder ob sie der Beginn eines durch die Verhältnisse bedingten und für die nächste Zeit gleichmäßig zu erwartenden Rückganges des ärztlichen Berufes überhaupt sei. Der Bestand an Aerzten richtet sich nach dem Angebot und der Nachfrage. Das Angebot ist abhängig von der Zahl derjenigen, welche jährlich die Approbation als Arzt erhalten und die Praxis aufnehmen, sowie in zweiter Linie von der Zahl der Studenten, welche sich jährlich dem medizinischen Studium widmen. Die Nachfrage wird bedingt durch den Tod der in der Praxis stehenden Aerzte, durch das Wachstum der Bevölkerung und die Verwendung von Aerzten in Stellungen, welche die allgemeine Praxis nicht oder nur in geringem Maße gestatten, wie die Militärärzte, vollbesoldeten Kreisärzte, Krankenhausärzte und -hilfsärzte, fixierte Kassenärzte und Vertrauensärzte.

Tabelle I.
Zahl der ärztlichen Approbationen, erteilt in den Prüfungsjahren (Oktober bis Oktober).

Staat	1899/1900	1900/1901	1901/1902	1902/1903	Durchschnitt der Jahre 1899/1900 bis 1902/1903	1903/1904	(1904/1905)	Abnahme in Prozenten im Jahre 1903/1904 (1904/1905) gegen den Durchschnitt der vier Jahre von 1899/1900 bis 1902/1903	Zunahme
Preußen	662	614	647	717	660	426	(362)	35,45 (45,00)	—
Bayern	341	304	308	360	328	282	—	14,02	—
Sachsen	113	105	111	111	110	70	—	36,36	—
Württemberg	26	50	45	53	43,5	40	—	8,00	—
Baden	92	115	120	126	113	97	—	14,15	—
Hessen	39	33	37	42	37,7	47	—	—	24,6
Mecklenburg-Schwerin	31	30	48	39	37	40	—	—	8,00
Thüringische Staaten	29	35	30	43	34	21	—	38,33	—
Elsaß-Lothringen	51	58	60	60	55,8	34	—	39,00	—
Deutsches Reich	1384	1344	1406	1551	1421	1057	—	25,61	—

Dennoch zeigt sich bei den größten Bundesstaaten eine erhebliche Abnahme der Approbationen seit dem Jahre 1903/1904.

Daraus geht hervor, daß die Zahl der Medizinstudierenden seit dem Jahre 1848 im andauernden Steigen begriffen gewesen ist bis zum Sommersemester 1890, wo die Höhe von 8724 erreicht wurde. Vom Wintersemester 1890/1891 sinkt die Zahl stetig, bis sie im Sommersemester 1902 die Zahl von 6607 und damit den Stand des Jahres 1883/1884 wieder erreicht hat. In den letzten Jahren ist sie noch weiter gesunken. Dagegen hat die Zahl sämtlicher Studierender von 11 486 im Sommersemester 1848 fortgesetzt zugenommen, und zwar nicht nur bis zum Jahre 1890, sondern ununterbrochen bis in die letzten Jahre hinein. Jedenfalls ist die Zahl der Medizinstudierenden auf den deutschen Universitäten seit 1890 erheblich im Rückgang, während die Gesamtzahl aller Studierenden ebenso wie die Bevölkerung ununterbrochen gewachsen ist. Es liegt mir fern, alle sonstigen Gründe erschöpfend vortragen zu wollen, welche den Rückgang des medizinischen

Tabelle II.

Zahl der Medizinstudierenden und der Studierenden aller Fakultäten im Deutschen Reiche vom Wintersemester 1847/48 bis Wintersemester 1902/1903.

Zuwachs der Bevölkerung in den Zeiträumen von 1880—1890 und 1890—1900, sowie Zuwachs bzw. Abnahme der Medizinstudierenden und der Studierenden aller Fakultäten in den Zeiträumen von 1880—1890 und 1890—1902

Studienzeit W. S. u. S. S.	Zahl der Medizin-studieren-den	Zahl der Studierenden aller Fakultäten	Studienzeit W. S. u. S. S.	Zahl der Medizin-studieren-den	Zahl der Studierenden aller Fakultäten
1847/48	1 570	12 230	1868/69	2 921	13 905
1848	1 506	11 486	1869	2 954	13 804
1848/49	1 659	11 986	1869/70	3 033	13 997
1849	1 660	11 813	1870	3 140	14 157
1849/50	1 788	12 374			
1850	1 858	12 220	1870/71	2 600	12 256
			1871	2 991	13 093
1850/51	1 932	12 426	1871/72	3 606	15 227
1851	1 992	12 323	1872	3 659	15 359
1851/52	2 095	12 732	1872/73	3 692	15 776
1852	2 165	12 689	1873	3 574	15 891
1852/53	2 202	12 724	1873/74	3 581	16 215
1853	2 232	12 466	1874	3 457	16 347
1853/54	2 216	12 356	1874/75	3 426	16 460
1854	2 228	12 115	1875	3 300	16 357
1854/55	2 238	12 198	1875/76	3 333	16 624
1855	2 205	12 018	1876	3 297	16 811
1855/56	2 114	12 064	1876/77	3 370	17 379
1856	2 104	11 975	1877	3 341	17 550
1856/57	2 063	12 003	1877/78	3 330	17 875
1857	2 054	11 919	1878	3 443	18 585
1857/58	2 043	12 149	1878/79	3 535	19 040
1858	2 072	11 944	1879	3 720	19 779
1858/59	2 069	12 074	1879/80	3 760	20 182
1859	2 009	11 591	**1880**	**4 017**	**20 985**
1859/60	2 025	11 901			
1860	2 108	11 933	1880/81	4 179	21 432
			1881	4 564	22 343
1860/61	2 148	12 444	1881/82	4 779	22 863
1861	2 135	12 282	1882	5 251	23 833
1861/62	2 146	12 592	1882/83	5 520	24 170
1862	2 243	12 660	1883	6 118	25 073
1862/63	2 313	12 949	1883/84	6 303	25 236
1863	2 364	13 017	1884	6 915	25 977
1863/64	2 412	13 413	1884/85	7 011	26 225
1864	2 447	13 297	1885	7 608	27 064
1864/65	2 501	13 612	1885/86	7 680	26 928
1865	2 516	13 536	1886	8 227	27 738
1865/66	2 566	13 885	1886/87	8 145	27 655
1866	2 561	13 716	1887	8 395	28 403
1866/67	2 627	13 693	1887/88	8 109	28 076
1867	2 687	13 506	1888	8 542	28 756
1867/68	2 771	13 763	1888/89	8 452	28 551
1868	2 816	13 692	1889	8 695	29 011

Studienzeit W. S. u. S. S.	Zahl der Medizin-studieren-den	Zahl der Studierenden aller Fakultäten
1889/90	8 558	28 628
1890	**8 724**	**28 883**
1890/91	8 381	28 359
1891	8 406	28 115
1891/92	8 110	27 398
1892	8 162	27 547
1892/93	7 919	27 136
1893	7 998	27 616
1893/94	7 620	27 026
1894	7 818	27 603
1894/95	7 671	27 692
1895	7 851	28 547
1895/96	7 654	28 567
1896	7 818	29 342

Studienzeit W. S. u. S. S.	Zahl der Medizin-studieren-den	Zahl der Studierenden aller Fakultäten
1896/97	7 689	29 476
1897	7 952	30 368
1897/98	7 738	30 573
1898	7 945	31 716
1898/99	7 639	31 677
1899	7 749	33 006
1899/1900	7 433	32 834
1900	7 415	33 790
1900/01	6 995	33 688
1901	6 973	34 819
1901/02	6 710	34 839
1902	**6 607**	**36 154**
1902/03	6 232	35 857

Zuwachs der Bevölkerung.
1880—1890 von 45 236 000 auf 49 428 000 = + 9,2 %
1890—1900 „ 49 428 000 „ 56 367 000 = + 14,0 „

Zuwachs der Studierenden aller Fakultäten.
1880—1890 von 20 985 auf 28 883 = + 37,4 %
1890—1902 „ 28 883 „ 36 154 = + 26,0 „

Zuwachs der Medizinstudierenden.
1880—1890 von 4017 auf 8724 = + 116,9 %
1890—1902 „ 8724 „ 6607 = — 23,0 „

Studiums zu einer Zeit veranlaßt haben, in der außer den Gymnasialabiturienten auch die Realgymnasialabiturienten Medizin studieren können, und in jüngster Zeit sogar die Abiturienten der Oberrealschulen ohne Ergänzungsprüfung im Latein zu dem Studium der Medizin zugelassen werden sollen. Ich möchte nur noch kurz darauf eingehen, ob überhaupt und in welcher Weise sich diese Abnahme des ärztlichen Nachwuchses im praktischen Leben fühlbar machen, ob ihr ein Aerztemangel folgen wird. Darüber ist kein Zweifel, daß die Aerzte auf dem Lande schon jetzt sich bitter beklagen, daß sie keinen Vertreter mehr bekommen können. Einige Aerztekammern haben sich dieser Frage bereits angenommen und eine Anregung an den Herrn Medizinalminister dahingehend beschlossen, den Medizinalpraktikanten zu gestatten, Aerzte zu vertreten. Die Kammer für Schleswig-Holstein hat sogar angeregt, daß die Vertretung eines praktischen Arztes bis zu einem bestimmten Zeitabschnitt auf das praktische Jahr angerechnet werden soll. Wenn dem Antrage seitens der Reichsregierung stattgegeben würde, so würde der Vertretermangel doch nicht aus der Welt geschafft werden, da es an Medizinalpraktikanten überhaupt zurzeit fehlt. Ebenso steht fest, daß in vielen Krankenanstalten und medizinisch-wissenschaftlichen Instituten die Stellen der Hilfsärzte nicht besetzt werden können, da kein Ersatz vorhanden ist. Eine Anzahl von Heilanstalten hat ihre Assistentenstellen mit Medizinalpraktikanten provisorisch

besetzt, um dem Mangel an ärztlicher Versorgung abzuhelfen. Dagegen ist die ärztliche Versorgung in der freien Praxis durch die abnorme Ueberfüllung der letzten Jahrzehnte noch auf Jahre hinaus gedeckt. Im Jahre 1903 kam in Preußen auf einen Arzt durchschnittlich eine Bevölkerungszahl von 1952 Einwohnern. In einigen Bezirken war das Verhältnis jedoch noch bei weitem ungünstiger: Breslau 1782, Hildesheim 1744, Hannover 1568, Stralsund 1552, Köln 1343, Wiesbaden 1125, Aurich 1090, schließlich Berlin mit 728 Einwohnern auf einen Arzt. Dagegen zeigten die höchsten Zahlen Bromberg mit 3334, Marienwerder mit 3504, Köslin mit 3959 und Gumbinnen mit 4129 Einwohnern auf einen Arzt. Würde es gelingen, eine zweckmäßige Verteilung herbeizuführen, so würde auch bei dem zu erwartenden ferneren Rückgang in der Zahl der ärztlichen Approbationen ein Aerztemangel in der allgemeinen Praxis für längere Zeit nicht eintreten. Man wird nicht umhin können, diese zweckmäßigere Verteilung, d. h. einen Abfluß aus den großen Städten auf das platte Land mit dünner Bevölkerung durch Gewährung von ausreichenden Beihilfen aus öffentlichen Kassen zu unterstützen. Ich habe es vermieden, die gesundheitlichen und sozialhygienischen Folgen zu besprechen, welche ein absoluter Aerztemangel mit sich führen wird. Die Gefahr eines solchen liegt noch nicht vor. Ich hielt es jedoch für zweckmäßig, in einer Gesellschaft, welche sich die Erörterung sozialhygienischer und medizinalstatistischer Fragen zur Aufgabe gestellt hat, auf die augenblicklichen Verhältnisse des ärztlichen Berufes und den anhaltenden Rückgang des medizinischen Studiums näher einzugehen, um die beteiligten Kreise auf diese sozialmedizinisch wichtige Erscheinung rechtzeitig aufmerksam zu machen.

Zeitschriftenübersicht.

Ärztliche Sachverständigen-Zeitung. Hrsg. von F. Leppmann. 1906 Nr. 1: Jungmann, Über die Invaliden-Begutachtung; Knepper, Über die Beziehungen zwischen chronischer Tabakvergiftung und Invalidenversicherung; Kühn, Die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes über das Hören des behandelnden Arztes bei Ablehnung oder Feststellung der Unfallrenten und ihre Konsequenzen für die Ärzte. Nr. 3: Steyerthal, Die Beurteilung der Unfallneurosen.

Medizinische Reform. Hrsg. von R. Lennhoff. 1906. Nr. 1: H. Neumann, Die Krämpfe in der Mortalitätsstatistik der Säuglinge; Dr. Munter, Die Selbstverwaltung der Krankenkassen und die Ärzte. — Nr. 3: K. Agahd, Zum Kapitel Kinderarbeit. — Nr. 4: M. Epstein, Die sozialhygienische Tätigkeit der Abteilung für freie Arztwahl in München; C. S. Engel, Zum zehnjährigen Jubiläum des freiwilligen Erziehungsbeirats für schulentlassene Waisen. — Nr. 5: A. Gottstein, Beiträge zur Geschichte der Kindersterblichkeit; A. Peyser, Die Bestrebungen zur Verbreitung sozialmedizinischer Kenntnisse unter den Berliner Ärzten. — Nr. 6: R. Lennhoff, Ärztliche Wünsche zur Reform

der Arbeiterversicherung. — Nr. 7: Effler, Das Danziger System der Ziehkinderbeaufsichtigung.

Medizinische Klinik. Hrsg. von R. Brandenburg. 1906. Nr. 1: G. Heimann, Die Zuverlässigkeit der amtlichen Erhebungen über die Todesursachen, besonders in Berlin. — Nr. 2: R. Tautz, Zur Hygiene des gemeinschaftlichen Abendmahlskelches. — Nr. 3: B. Burkhardt, Gesundheitsschutz der Bleiarbeiter im Deutschen Reiche; W. Kühn, Der Schularzt für höhere Lehranstalten. — Nr. 4: M. Breitung, Das Kaiser Wilhelm II. und Kaiserin Augusta Viktoria Säuglingsheim. — Nr. 5: F. v. Brincken: Über Merktafeln an den Häusern bei ansteckenden Krankheiten. — Nr. 6: F. Haker, Arzt und Politik. — Nr. 7: E. Kürz, Soziale Hygiene III.

Soziale Medizin und Hygiene. Hrsg. von M. Fürst und K. Jaffé. 1906. Nr. 1: Haeberlin, Die Einführung von Tarifklassen in die Krankenpflegeversicherung; K. Jaffé, Die Vereinheitlichung der Arbeiterversicherung vom ärztlichen Standpunkte; Klumeker, Über die Bedeutung der Berufsvormundschaft im besonderen für die Bekämpfung der Kindersterblichkeit; H. Tjaden, Die Bekämpfung der Tuberkulose in Bremen.

Reformblatt für Arbeiterversicherung. Hrsg. von H. Seelmann. 1906. II. Jahrg. Nr. 1: P. Moldenhauer, Die soziale Bedeutung des Gesetzentwurfs über den Versicherungsvertrag; C. Fiebig, Krankenkontrolle und Vertrauensärzte. — Nr. 2: Olshausen, Der Entwurf des Gesetzes betr. die Aufhebung des Hilfskassengesetzes; L. Teleky, Einige Bemerkungen zum „Programm für die Reform und den Ausbau der Arbeiterversicherung" in Österreich; Seelmann, Die Verwertung der Aufschrift der Quittungskarten der Invalidenversicherung für statistische Zwecke. — Nr. 3: G. Thomas, Ärztliche Gedanken über Abänderung unserer sozialpolitischen Gesetze.

Die Arbeiter-Versorgung. Hrsg. von P. Honigmann. 1906. XXIII. Jahrg. Nr. 1: Hahn, Kassenbeamte als Vorstandsmitglieder; E. Fricke, Unfallverhütung in der Landwirtschaft. — Nr. 2 u. 3: Hahn, Arbeitstag und Arbeitsschicht nach dem Krankenversicherungsgesetze; R. Lehmann, Über die Rechtskraft der Entscheidungen der Rentenfestsetzungsinstanzen der Invalidenversicherung und der auf Grund des § 155 IVG. ergehenden Entscheidungen der Verwaltungsbehörden. — Nr. 4: F. Kleeis, Herabsetzung des Lebensalters für den Bezug von Altersrente? Fuld, Bureaukratismus in der Krankenversicherung. — Nr. 5: A. Saucke, Unfallverhütung in der Landwirtschaft; M. Wörmbke, Zur Aufhebung des Hilfskassengesetzes.

Straßburger Medizinische Zeitung. 3. Jahrg. 1906. Nr. 1: Mosses, Säuglingssterblichkeit und Kostkinderwesen in Elsaß-Lothringen; L. Levy, Über Vertrags- und Krankenkassen-Kommissionen auf Grund dreijähriger Erfahrungen in der Krankenkassen-Kommission des Metzer Ärztevereins; Remmer, Zur Reform der sozialen Gesetzgebung; Jessen, III. Jahresbericht der städtischen Schulzahnklinik in Straßburg i. E. 1904/1905.

Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen. Hrsg. von C. Thiem. 13. Jahrg. 1906. Nr. 1: H. Kornfeld, Perforation der Speiseröhre durch Aneurysma; Liniger, Interessante Fälle aus der Unfallpraxis; C. Schmidt,

Störungen in der Gewohnheit an körperliche Gebrechen und ihre Bedeutung für die Invalidenversicherung.

Deutsche Krankenkassen-Zeitung. Hrsg. von H. Sydow. 1906. Nr. 1: Auch eine Apothekerrechnung. — Nr. 2: Die Pflege der Kinder von Fabrikarbeiterinnen. — Nr. 3: Der Kongreß der eingeschriebenen sowie auf Grund landesrechtlicher Vorschriften errichteter Hilfskassen. — Nr. 4: Die Rechnungsergebnisse der Berufsgenossenschaften pro 1904.

Soziale Praxis. Hrsg. von E. Francke. 15. Jahrg. Nr. 14: K. Kögler, Arbeiterschutzvorschriften in Österreich; W. v. Kalckstein, Die Untersuchung der Wohnungen der minder bemittelten Klassen in Bremen. — Nr. 15: E. Francke, Die deutsche Heimarbeiterausstellung in Berlin; A. Günther, Bleivergiftungen in hüttenmännischen Betrieben Österreichs. — Nr. 16: K. Agahd, Fort- und Rückschritte, Ursache und Wirkung der neuen Ausnahmebestimmungen des Bundesrats betr. Kinderarbeit in Werkstätten. — Nr. 17: L. Wittmayer, Ein Gemeindeatelier für Heimarbeiter der Schneider in Bern; W. v. Kalckstein, Das „Soziale Museum in Bremen“; E. Kurz, Der Entwurf einer neuen badischen Landesbauordnung. — Nr. 19 u. 20: Cl. Heitz, Die deutsche Heimarbeiter-Ausstellung.

Kommunale Praxis. Hrsg. von A. Südekum. Jahrg. 1906. Nr. 1: H. Lindemann, Verfassung und Verwaltungsorganisation der Städte in Württemberg und Sachsen. — Nr. 4: E. Fischer, Ein Kapitel aus der Armenpflege in Sachsen. — Nr. 6: O. May, Hilfsschulen für Schwachbegabte.

Archiv für Sozialwissenschaft und Sozialpolitik. Hrsg. von W. Sombart, M. Weber und E. Jaffé. Bd. XX, 1904/05: R. Marschner, Die Arbeiterversicherung in Ungarn; Virgili, Das italienische Unfallversicherungsgesetz; A. Lasson, Die Ursachen der Erwerbsunfähigkeit durch Invalidität. — Bd. XXI, 1905: W. Hellpach, Sozialpathologie als Wissenschaft; H. v. Frankenberg, Die Weiterzahlung von Lohn neben dem Krankengelde.

Politisch-Anthropologische Revue. Hrsg. von L. Woltmann. IV. Jahrg. 1906. Nr. 10: L. Woltmann, Die Bedeutung des Milieus für die Rassenentfaltung. — Nr. 11: L. J. Lange, Gibt es eine Vererbung erworbener Eigenschaften? Chr. v. Ehrenfels, Die Ehe nach Mutterrecht.

Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie. Hrsg. von A. Ploetz, A. Nordenholz, L. Plate und R. Thurnwald. 1906. Januar-Februar-Heft: Weismann, Richard Semon's „Mneme“ und die Vererbung erworbener Eigenschaften; Alsberg, Neuere Probleme der menschlichen Stammesentwicklung; Röse, Beiträge zur europäischen Rassenkunde und die Beziehungen zwischen Rasse und Zahnverderbnis; Westergaard, Das Körpergewicht bei der Wasser und Brot-Strafe.

Berlin, den 15. Mai 1906.

Umschau.

Die Soziale Medizin beginnt, nachdem sie sich auf rein literarischem Gebiete durchgesetzt hat, nun auch allmählich lehrfähig zu werden. Die junge Sonderdisziplin tritt damit in ein bemerkenswertes Stadium, das in seine Einzelheiten zu verfolgen nicht ohne Reiz ist. Die preußische Unterrichtsverwaltung hat an der Universität Berlin einen Lehrauftrag an M. Kirchner und an der Universität Bonn ebenfalls einen solchen an Th. Rumpf erteilt. Der erstere kommt zur Sozialen Medizin aus dem Lager der Staatsarzneikunde, der letztere aus dem der Inneren Medizin. Es wiederholt sich also hier der nämliche Vorgang, der bei der Entstehung neuer Disziplinen in der Medizin in der Regel beobachtet wurde. Wie die Augenärzte vor der Verselbständigung der Augenheilkunde aus den Reihen der Chirurgen und, um ein anderes Beispiel zu nehmen, die Physiologen zunächst aus den Anatomen gewählt wurden, so sehen wir jetzt auch in der Sozialen Medizin, daß aus Vertretern älterer Wissenschaften Dozenten zur Wahrnehmung der jüngsten Sonderdisziplin berufen werden. Man kann darauf gespannt sein, wie die Betroffenen sich ihrer Aufgabe entledigen werden. Selbstverständlich kann dieser modus procedendi nur als ein provisorischer angesehen werden, der die medizinischen Fakultäten veranlassen muß, die Soziale Medizin habilitationsfähig zu machen. Denn nur auf diese Weise können jüngere Kräfte für die großen Aufgaben gewonnen werden. Es wäre bedauerlich, wenn die Fakultäten in der traditionellen abwartenden Stellung, die sie bisher eingenommen haben, auch in Zukunft verharren würden. Schon der Umstand, daß die zukünftigen Vertreter der Sozialen Medizin und Sozialen Hygiene nicht nur medizinisch, sondern auch in systematischer Weise nationalökonomisch und statistisch geschult sein müssen, wird es später verbieten, daß Gelehrte aus anderen Disziplinen im Nebenamte mit Wahrnehmung der Sozialen Medizin an den Universitäten betraut werden. Zurzeit muß man aber der preußischen Unterrichtsverwaltung das Verdienst zusprechen, die Initiative zur Einfügung der Sozialen Medizin in den Lehrplan unserer Hochschulen ergriffen zu haben. Sache der Fakultäten wird es sein, hieraus die Konsequenzen zu ziehen.

Die **Soziale Hygiene** hat einen eigenartigen Umschwung in der Bevorzugung einer bestimmten Seite ihrer Wirksamkeit zu verzeichnen. Während im letzten Jahrzehnt im Vordergrunde der sozialhygienischen Betätigung der Behörden, Vereine und wohlhabenden Philantropen die Lungenheilstättenbewegung stand, ist jetzt an ihrer Stelle der Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit in den Brennpunkt des öffentlichen Interesses getreten. Dieser Umschwung kam besonders gelegentlich der Silberhochzeit des Kaiserpaares zum Ausdruck, indem ein großer Teil der fast insgesamt zehn Millionen Mark betragenden Stiftungen, die anläßlich dieser Feier gemacht worden sind, zur Errichtung von Säuglingsheimen, Kinderkrankenhäusern und städtischen Milchküchen bestimmt worden ist. Auch die in Berlin im März eröffnete Ausstellung für Säuglingspflege trägt dieser Zeitströmung Rechnung. Es soll damit nicht gesagt sein, daß die Lungenheilstättenbewegung nun ins Stocken geraten könnte, was selbst von denen beklagt werden würde, die den optimistischen Erwartungen bezüglich der Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit durch die Lungenheilstätten stets skeptisch gegenüber gestanden haben. Die pessimistische Auffassung und niedergeschlagene Stimmung, die ohne Zweifel gegenwärtig im Lager der Lungenheilstätten-Vorkämpfer herrscht, ist gerade so unberechtigt wie früher die enthusiastischen Hoffnungen. Lungenheilstätten für im Anfangsstadium Erkrankte sind notwendig, weil ein bescheidener Prozentsatz durch den Aufenthalt in denselben geheilt werden kann. Die Lungenheilstätten sind also nützlich, ja dringend erforderlich vom Standpunkte der Medizin und der Therapie. Fraglich ist nur ihr Wert vom sozialhygienischen Standpunkte, denn das Sinken der Sterblichkeit an Tuberkulose ist auf ihre Wirksamkeit nicht zurückzuführen. Die Zahl von 30000 Plätzen, die für die Heilbehandlung zur Verfügung stehen, ist zwar absolut genommen höchst achtungswert, aber im Vergleich zu der Ausdehnung der Tuberkulose fast verschwindend. Auch in den Kreisen, die in dem Zentralkomitee zur Errichtung von Lungenheilstätten die Spitze ihrer Organisation sehen, ist der lähmende Einfluß dieser Erkenntnis bemerkbar. Es wäre zwar falsch, diese Abspannung, die mit der früheren fieberhaften Tätigkeit in seltsamen Kontrast steht, auf den Wechsel der leitenden Persönlichkeiten zurückzuführen, da dieser Wechsel sicher nicht prinzipielle, sondern nur persönliche oder zufällige Gründe hat. Immerhin ist es bedauerlich, daß G. **Pannwitz**, einer der wenigen Agitatoren großen Stils, die die Soziale Hygiene in Deutschland besitzt, seinen Posten verlassen

hat. Wahrscheinlich würde man dann schneller und ohne unsicheres Hin- und Hertasten über die augenblickliche Periode der Depression hinwegkommen. Diese Unsicherheit gibt sich besonders in der fieberhaften Gründung von Fürsorgestellen für Tuberkulöse, der Errichtung von Tuberkulosemuseen und anderen kleinen Mittelchen zu erkennen. Die frühere Sicherheit und hochangesehene Stellung kann das Zentralkomitee erst zurückgewinnen, wenn es den Gedanken der Anstaltsbehandlung wieder in den Vordergrund der Betätigung stellt. Nur mit dem Unterschiede, daß jetzt die Asylisierung der Lungenkranken im vorgeschrittenen Stadium ebenso energisch propagiert werden muß, wie früher die Hospitalisierung der im Frühstadium Befindlichen. Ein Leitstern hierfür kann die Rede abgeben, die Robert Koch jüngst bei der Empfangnahme des Nobelpreises gehalten hat und die auffallenderweise weniger Beachtung gefunden hat als die gleichzeitigen Mitteilungen des nämlichen Forschers über Tropenkrankheiten, die für uns Mitteleuropäer doch nur ein sekundäres Interesse haben. Robert Koch führte in schlichter aber überzeugender Weise aus, von welch großem Werte für die Eindämmung der Lungentuberkulose die Absonderung der vorgeschrittenen Fälle aus ihrer Umgebung sein würde. Daß der große Bakteriologe in dieser bedeutsamen Rede auf die Desinfektionsmaßnahmen so wenig Wert legte, zeigt, daß der Meister seine Schüler, die die Desinfektion in ungebührlicher Weise in den Vordergrund zu stellen belieben, doch auch an praktischer Einsicht und sozialhygienischer Überlegung weit übertrifft.

Die Medizinalstatistik hat von jeher danach getrachtet, zu einer brauchbaren Gebrechenstatistik zu gelangen. Eine günstige Gelegenheit bot die bevorstehende Gewerbezählung für das Deutsche Reich. Das preußische statistische Landesamt hat sich denn auch lebhaft bemüht, die Vorbereitung dieser Gewerbezählung dahin zu beeinflussen, daß damit eine Gebrechen- und Krüppelzählung verbunden würde. Leider ist es für diese Zählung damit nicht durchgedrungen. Doch ist es nicht ausgeschlossen, daß wir auf dem Wege der geplanten Wehrsteuer zu einer Gebrechenstatistik kommen. Wenn eine solche eingeführt würde, so könnte das nun mit einer Abstufung geschehen nach der Art der Gründe, die zur Befreiung vom Militärdienst geführt hätten. Denn unmöglich würde man krüppelhafte Personen ebenso hoch besteuern können wie solche, die nur aus kleinen, ihre Erwerbsfähigkeit nicht beschränkenden Ursachen militärfrei geworden sind. Da erfahrungsgemäß die Statistik nirgends sorgfältiger erhoben wird, als bei Steuerobjekten, so würde eine Gebrechenstatistik, die mit der Wehrsteuererhebung fortlaufend ver-

knüpft wäre, sicher sehr zuverlässige Resultate geben, eine Wehrsteuer daher vom Standpunkte der Medizinalstatistik zu begrüßen sein.

Am 29. April 1906 starb im 44. Lebensjahr der Arzt und Schriftsteller Wolf Becher in Berlin. Der Verstorbene hat mit Nachdruck in seiner ausgedehnten medizinischen und hygienischen publizistischen Tätigkeit die sozialen Gesichtspunkte zur Geltung gebracht. Den größten Teil seiner literarischen Tätigkeit absorbierte die ständige Mitarbeiterschaft an einer der angesehensten Berliner Zeitungen. In praktischer Hinsicht verdankt die Soziale Medizin ihm die Idee der Walderholungsstätten, die er im Verein mit R. Lennhoff in umfassender Weise zu verwirklichen wußte. Aber auch an dem theoretischen Ausbau der Sozialen Medizin und der Sozialen Hygiene und der Ausbildung dieser Wissenszweige zu Sonderdisziplinen der Medizin hat er nach anfänglichem Widerstreben bemerkenswerten Anteil genommen. Die Berliner Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik hat er gründen helfen und publizistisch auf das wirkungsvollste unterstützt. Das kürzlich in Berlin von der ärztlichen Standesorganisation des Leipziger wirtschaftlichen Verbandes ins Leben gerufene „Seminar für Soziale Medizin“ ist seiner Anregung zu verdanken. Von den von ihm veröffentlichten Arbeiten mögen an dieser Stelle nur erwähnt werden „Über Cholera und Binnenschiffahrt mit besonderer Rücksicht auf den Entwurf des Reichsseuchengesetzes, 1893“, „Über Walderholungsstätten für kranke Kinder mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulösen, 1903“, und im Handbuch der Geschichte der Medizin die Abschnitte über „Geschichte des Krankenhauswesens“, „Geschichte des medizinischen Unterrichts“, „Geschichte des ärztlichen Standes, 1905“. Eine Influenza-Pneumonie setzte seinem arbeitsfrohen Leben ein Ziel. A. Grotjahn.

Seit mehr als Jahresfrist besitzt Breslau eine Grundwasseranlage, die mit einem Aufwand von mehr als 6 Millionen Mk. errichtet lediglich von dem Gesichtspunkte aus geschaffen war, um die Stadt unter Verzicht auf das filtrierte Oderwasser mit sicher bakterienfreiem Trinkwasser zu versorgen. Diese Anlage, die bisher ein vorzügliches Wasser geliefert hatte, ist in den jüngsten Tagen von einer Störung betroffen worden, wie sie in der Geschichte städtischer Trinkwasseranlagen bisher nicht beobachtet wurde. Nach dem amtlichen Bericht wurde seit dem 28. März eine Störung des Betriebs bemerkt, die sich zuerst in Luftzutritt in die Heberleitungen, dann in raschem Sinken des Wasserspiegels bemerkbar machte. Nach Entfernung der Luft hob sich der

Wasserspiegel, es zeigte sich aber jetzt eine Verunreinigung des Wassers mit Eisen- und Mangansalzen in bisher noch nicht beobachteter Höhe. Der Eisengehalt stieg von 9,18 mg im Liter auf 101,5, sank am 30. März auf 80,07, erreichte aber später noch einmal die Stärke von 140 mg. Der Mangangehalt stieg von den sonst beobachteten höchstens 1 mg auf 20—40 mg in der Form von Sulfat. Während mit dem Eisen der Rieseler fertig wurde, ging das Mangansulfat ungehindert in das Gebrauchswasser. Das Wasser wurde zum Trinken und Kochen ungenießbar, machte die Wäsche fleckig, war zu technischen Zwecken vielfach nicht zu verwenden und es entstanden Befürchtungen, daß die Leitungsröhren verstopft würden, daß Fabrikkessel usw. durch Kesselsteinbildung gefährdet seien. Das hygienische Institut, dessen Leiter der geistige Urheber und der stete Kontrolleur der Anlage ist, erklärte am 1. April die Erscheinung für eine ganz vorübergehende und das Wasser gesundheitlich für völlig einwandsfrei. Schon wenige Tage später mußte es beide Angaben zurücknehmen und vor allem „zugeben, daß ein gewisses Risiko mit dem Genuß solchen Wassers verbunden ist und ich kann die Verantwortung für die Unschädlichkeit nicht mehr übernehmen. Infolgedessen habe ich sofort für möglichst beschleunigte Beschaffung filtrierten Oderwassers Sorge getragen.“ Ob, wie mehrfach behauptet, bei Menschen, besonders Kindern, Gesundheitsstörungen aufgetreten sind, erscheint angesichts der Tatsache recht fraglich, daß der Genuß des Wassers selbst in gekochtem Zustande wegen seines widerwärtigen Aussehens und Geschmacks sich verbot. Jedenfalls trinkt jetzt Breslau wieder filtriertes Oderwasser, wenn auch mit Grundwasser gemischt. Die weitere Untersuchung wird ergeben, welche von den vermuteten Ursachen für die Verunreinigung in Betracht kommt, sie wird auch lehren, ob und inwieweit die Grundwasseranlage in der Zukunft von ähnlichen Vorgängen bedroht ist, die anscheinend sich jeder Voraussage entzogen. Die spätere Prüfung wird schließlich noch zeigen, in welcher Richtung die Störung von gesundheitlichen und anderen Folgen begleitet war. Es wird dann hier darauf eingegangen werden müssen. Schon jetzt aber weisen die in Breslau gemachten Beobachtungen darauf hin, daß solche für die Gesamtheit geschaffenen Gesundheitseinrichtungen nicht bloß auf die Gefahr bakterieller Verunreinigungen Bedacht zu nehmen haben und hier nicht allein die direkten Gesundheitsschädigungen, sondern mindestens ebenso sehr die indirekt ins Gewicht fallenden ökonomischen und sozialen ins Bereich der Vorsorge gezogen werden müssen. A. Gottstein.

Zur Reform der sozialen Versicherungsgesetzgebung mit besonderer Berücksichtigung des österreichischen Reformprogrammes.

Von FERDINAND HUEPPE, Prag.

In beschränktem Umfange bestand auch schon früher in Österreich eine gewisse Arbeiterfürsorge, z. B. beim Bergbau durch die Bruderladenkrankenkassen, aber erst die Arbeiterfürsorge-Gesetzgebung in Deutschland veranlaßte Österreich, diesen neuen Weg zielbewußter Sozialhygiene ebenfalls zu gehen. Dies geschah durch das Unfallversicherungsgesetz vom 28. XII. 1887, welches mit dem 1. XI. 1889 in Wirksamkeit trat, durch das Krankenversicherungsgesetz vom 30. III. 1888 mit der Novelle vom 4. IV. 1889, durch das Gesetz vom 16. VII. 1897 betreffend die registrierten Hilfskassen und durch das Gewerbegesetz vom 23. II. 1897, welches in § 115a das Meisterkrankenkassengesetz enthielt.

Ganz ähnlich wie im Deutschen Reiche haben auch in Österreich die verschiedensten Berufskategorien bei der Schaffung dieser Gesetzgebung mitgewirkt. Nur der Stand, ohne den die Gesetzgebung überhaupt nicht durchführbar war, der ärztliche, wurde nicht zu Rate gezogen. Man konnte aber den ärztlichen Stand so vollständig übergehen, weil keine Organisation vorhanden war, die seine Interessen wahrnahm.

Erst durch das Gesetz vom 22. XII. 1891 wurden die Ärztekammern geschaffen und zwei Jahre später aktiviert. Aber auch hierbei wurde in einer Weise mit dem ärztlichen Stande verfahren, die man keinem anderen Stande zu bieten gewagt hätte. Die Ärztekammern können nur an die Statthalterei rekurrieren, deren rein juristisch geschulten Verwaltungsbeamten in der Regel die Möglichkeit fehlt, ärztliche Fragen mit dem nötigen Sachverständ-

nisse zu behandeln, während den Advokatenkammern das Recht zusteht, bis an den Verwaltungsgerichtshof zu gehen und so eine wenigstens formalrechtlich einwandfreie Entscheidung zu erreichen.

Leider haben die Erfahrungen gezeigt, daß die Ärztevertretungen im allgemeinen auf kein Wohlwollen bei den höheren Verwaltungsstellen zu rechnen haben, wie die Unzahl unerledigter Eingaben in fast erschreckender Weise beweist. Die Nichtbeachtung und Nichtbeantwortung ärztlicher Eingaben ist allerdings keine österreichische Spezialität. Früher war es in Deutschland auch nicht besser und Österreich ist eben seiner späteren Industrialentwicklung entsprechend in diesen sozialpolitischen Fragen noch um viele Jahre Deutschland gegenüber rückständig.

In Deutschland weiß man jetzt, was Mängel der Sozialhygiene bedeuten und kosten, und handelt danach, so daß man wohl erwarten darf, daß diese soziale Kinderkrankheit auch in der österreichischen Verwaltung überwunden wird. Der gute Wille scheint ja jetzt da zu sein. Mit dem früher ganz fehlenden Verständnisse für die Sozialhygiene hängt es auch wohl zusammen, daß die bisherigen Versuche der Ärztekammern, in der Krankenkassengesetzgebung Besserungen zu erzielen, nur geringe Erfolge zu verzeichnen haben. So nur konnte es geschehen, daß auf die Vorstellungen von der zunehmenden Proletarisierung des Ärztestandes ein österreichischer Minister die Antwort hatte: „Ich bekomme Ärzte, so viel ich brauche.“

Auch die Krankenkassenverwaltungen teilten diesen ministeriellen Standpunkt und konnten, durch kein Gesetz gehemmt, den Ärzten gegenüber den Unternehmerstandpunkt in der rücksichtslosesten Weise durchführen. So hatte bis jetzt in Österreich, wie in Deutschland, fast jeder Fortschritt in der sozialen Gesetzgebung neue Verschlechterungen für den ärztlichen Stand gebracht. Immer mehr Arbeit bei gleicher oder gar herabgesetzter Entlohnung, die, mit Rücksicht auf die allgemeine Zunahme der Verteuerung der Lebensbedürfnisse, schließlich manche Ärzte proletarisiert hat.

Diese Zustände wurden schließlich so unhaltbar, daß einsichtigere Arbeiter selbst auf die Ungerechtigkeiten hinwiesen, und einzelne Krankenkassen auf Vorstellungen der Ärzte, ja einzelne sogar aus eigener Erkenntnis, sich zu kleinen Verbesserungen der ärztlichen Entlohnung verstanden.

Das Eintreten der Organisationen der Ärzte, die inzwischen ins Leben getreten waren, die rückhaltslosen Darlegungen in den Ärztevereinen blieben nicht ganz ohne Eindruck, und der Minister-

präsident v. Körber erkannte am 8. April 1902 im Abgeordnetenhause die Verdienste des Ärztestandes um die Durchführung der sozialen Verbesserungen „rückhaltslos“ an und gab zu, daß die Ärzte die Beseitigung oder Milderung einer Reihe von Unzukömmlichkeiten „nicht mit Unrecht“ forderten.

Aber auch die Kassen hatten inzwischen Erfahrungen gesammelt und einzelne Kassen wider Erwarten so schlechte finanzielle Ergebnisse gezeitigt, daß man sich entschließen mußte, eine Reform der ganzen Gesetzgebung ernsthaft ins Auge zu fassen.

Dieses „Programm für die Reform und den Ausbau der Arbeiterversicherung“ vom Dezember 1904 gab dann den Ärzteverbänden und Ärztekammern Veranlassung, sich mehrfach über die Frage zu äußern, und das k. k. arbeitsstatistische Amt des Handelsministeriums, dem unter dem Vorsitze des Sektionschefs Dr. Mataja die Vorarbeiten zufielen, führte eine Reihe von Sitzungen des Arbeiterversicherungsausschusses herbei, dem für die 6. Sitzung am 6., 7. und 8. November 1905 auch Vertreter des Ärztestandes, speziell der Kammern und verschiedenen Gruppen der Kassen, und als Vertrauensmänner der Regierung Professor Sternberg und als Hygieniker Professor Hueppe zugezogen waren. Ich muß ausdrücklich erwähnen, daß weder die Regierung noch die ärztlichen Vertreter vorher irgendwie versuchten, auf mich einzuwirken, so daß ich in der Lage war, ganz objektiv und unbeeinflußt meine Ansichten zu entwickeln. Die Regierung hatte eindeutig den Wunsch, sich selbst objektiv über die ärztlichen und speziell auch die noch nie beachteten hygienischen Gesichtspunkte zu informieren.

Ich hatte schon bei einer Enquete, die früher an derselben Stelle über die Blei- und Zinkhütten stattgefunden hatte, am 28. Juni 1905 in der 5. Sitzung Gelegenheit, über die Tätigkeit der Ärzte in der Industrie eine Reihe von Anregungen zum modernen hygienischen Ausbau der Krankenkassengesetzgebung zu geben, wobei ich versuchte, die Interessen des Staates und der Allgemeinheit mit denen der Arbeiter und Ärzte in Einklang zu bringen.

Schon bei verschiedenen Gelegenheiten habe ich seit Jahren immer wieder darauf hingewiesen, daß der ärztliche Stand wie jeder andere die Pflicht hat, sich der sozialen Evolution anzupassen. Ganz ohne Härten für den einzelnen ist das nicht möglich und insofern muß es auch der Arzt mit in den Kauf nehmen, daß auch die Arbeiterversicherungsgesetzgebung nach der einen oder der anderen Richtung mit Härten für ihn verbunden sein kann.

Vor allem liegt dies daran, wie ich in der Enquete ausführte, daß die ganze Entlohnung des Arztes immer noch ausschließlich nach der Ausübung der Krankenbehandlung und nach den Krankenfällen beurteilt wird. Das reicht aber schon längst nicht aus und in diesem Umstande ist der große prinzipielle Fehler der Arbeiterversicherungsgesetzgebung von Bismarck, Bötticher und Bödiker zu erkennen, und das hat Österreich ohne weiteres übernommen.

Von einsichtigen Großindustriellen angeregt, war die Arbeiterversicherung zunächst als politisches Kampfmittel gegen die Sozialdemokratie ins Leben gerufen, wuchs sich dann aber zu einer sozialen Gesetzgebung aus. Deshalb muß aber auch den neueren Versuchen, daraus wieder ein Kampfmittel für die Politik der Sozialdemokratie zu machen, entschieden entgegengetreten werden. Diese Gesetze müssen allgemein wirtschaftliche werden und die Sozialhygiene fördern. Die Gerechtigkeit erfordert auch bei gleichen Beiträgen die gleiche Vertretung der Arbeitgeber, deren größere Umsicht und Erfahrung nur auf diese Weise in den Dienst der Sache gestellt werden kann, während sie sich jetzt meist bedauerlicherweise fernhalten.

Soll der Arzt aber die neuen sozialen Aufgaben mit lösen, so muß er eine vorbeugende Tätigkeit ausüben, ja, wenn das soziale Versicherungswesen den modernen hygienischen Aufgaben ganz gerecht werden soll, muß er auch in den Dienst der aufbauenden Hygiene treten können, wovon aber noch nirgends eine Spur zu sehen ist.

Gerade indem er eine vorbeugende Tätigkeit ausübt, leistet der Arzt nicht nur dem Staate einen wichtigen Dienst, sondern er schützt in gleichem Maße die Arbeitgeber und Arbeitnehmer und mit den letzteren auch deren Familien. Dafür aber wird der Arzt nicht entlohnt.

In einem gewissen Umfange muß er aber eine solche Tätigkeit trotzdem schon jetzt ausüben, indem er bei der Auswahl der sich krank Meldenden, bei der Erkennung der wirklich Kranken und der bloßen Simulanten nicht bloß arztet, sondern auch vorbeugend arbeitet und die Kassen schützt. In demselben Sinne gehört bei den gefährlicheren Berufen die Auswahl der sich zur Arbeit Meldenden, weiter die Begutachtung von Fällen von vorübergehender oder dauernder Arbeitsunfähigkeit hierher. Für einen großen Teil dieser Arbeiten wird gar nichts bezahlt, sondern man hat es verstanden, die Zwangslage der Ärzte so auszunützen,

daß man ihnen bei gleicher oder durchaus nicht entsprechend erhöhter Entlohnung einfach immer mehr Arbeiten auferlegte.

Diese Tätigkeit kann aber für die Allgemeinheit unmittelbare Bedeutung gewinnen, wenn es sich um Infektionskrankheiten handelt. Hierbei stehen die kontinentalen Staaten auf einem mehr als naiven Standpunkte, der nur begreiflich ist, wenn man nicht vergißt, daß er eben Ärzten gegenüber angewandt wird; einem anderen Stande hätte man das nie zu bieten gewagt.

So sagte noch kürzlich Kirchner bei Besprechung des neuen preußischen Seuchengesetzes wörtlich: „Die Erstattung der Anzeige, welche binnen 24 Stunden nach erlangter Kenntnis zu erfolgen hat, kann mündlich oder schriftlich geschehen und wird dadurch wesentlich erleichtert, daß die Polizeibehörden Anzeigeformulare nach bestimmtem Muster kostenlos an die Anzeigepflichtigen abgeben und die Ärzte berechtigt sind, diese Anzeigen portofrei zu versenden. Die früher beliebte Postkarte ist durch einen geschlossenen Kartenbrief ersetzt worden, im Interesse der für den Kranken erwünschten Diskretion."

Es handelt sich aber tatsächlich durchaus nicht, wie derselbe oberste Berater des preußischen Medizinalministers einmal sagte, um „die kleine Mühe, die Karten auszufüllen", sondern es handelt sich um eine fundamentale Arbeit im Dienste der öffentlichen Gesundheit, oft um die Voraussetzung jedes wirkungsvollen Eingreifens der Sanitätsbehörden. Für diese wichtige Tätigkeit der Ärzte — denn nur diese können die Diagnose oder den begründeten Verdacht aussprechen — muß auch ein moderner Staat die entsprechende Entlohnung zur Verfügung stellen. Kann England für eine solche Anzeige einen Schilling zahlen, so kann Preußen-Deutschland sicher ebensogut eine Mark und Österreich eine Krone zahlen.

Die Kassenärzte stehen aber darin besonders schlecht und bedürfen einer solchen Entlohnung für einen so wichtigen Dienst erst recht, weil sie diese Arbeit unter den schwierigsten sozialen Verhältnissen ausführen müssen. Man denke an den Kampf gegen die Tuberkulose, bei dem gerade die Kassenärzte durch ihre Arbeit in den am meisten bedrohten Bevölkerungskreisen die wichtigste Hilfe leisten müssen; man denke an Kinder- und Frauenschutz, der für die künftigen Generationen von größter Bedeutung ist und der ohne die Ärzte, welche in den Kreisen der Arbeiter beschäftigt sind, nicht durchzuführen ist.

Gerade diese vorbeugende Tätigkeit bringt erst die Kassen-

gesetzgebung auf jenes Niveau, welches der Arbeiterschaft und der Industrie eine volle Beruhigung gewährt, und ihr erst den Namen einer Arbeiterschutzgesetzgebung zu geben gestattet.

Auch die Verwaltungen werden lernen müssen, was bei dem Kampfe gegen Krankheiten auf dem Spiele steht, während sie bis jetzt eigentlich nur gelernt haben, daß Koch die Bazillen erfunden hat und diese die Ursache der Seuchen sind. Der Kampf gegen die Krankheitserreger, so wichtig er ist, ist aber doch nur ein Teil und gerade sozial nicht einmal der wichtigste. Wer als Arzt heute beansprucht, in wissenschaftlichen hygienischen Kreisen ernst genommen zu werden, muß wissen, daß jede Krankheit und speziell jede Seuche ein Vorgang ist, zu dessen Entstehung variable Krankheitserreger unter wechselnden Bedingungen variable Krankheitsanlagen treffen müssen. Daß ich so unvorsichtig war, dies schon zu einer Zeit zu erkennen und auszusprechen, wo die bakteriologische Orthodoxie noch Trumpf war, kann den Fortschritt der Erkenntnis nicht aufhalten, und wer diese Einsicht jetzt noch bekämpft, macht sich nur lächerlich. Gerade in der Erkennung der Krankheitsanlagen als sozialen Krankheitsursachen und der Beseitigung dieser konstitutionellen Faktoren der Krankheitsentstehung liegt für die Zukunft eine fundamentale Aufgabe, geradezu die Aufgabe der Sozialen Medizin, und diese ist ohne die Hilfe der ärztlichen Arbeit in den Arbeiterkreisen unlösbar. Es steht also Hohes auf dem Spiel.

Bei der derzeitigen Behandlung der Ärzte durch die Kassen ist gerade dieses Wichtigste fast undurchführbar oder doch nur durch eine freiwillige Tätigkeit der Ärzte im Dienste der Humanität denkbar. Den Ärzten gegenüber wird wirkliche Humanität und Humanitätsdusel oft verwechselt. Der praktische Engländer kennt nur eine „Philanthropie und 5 Proz.“; Ärzte aber, von denen man diese Philanthropie verlangt, proletarisiert man.

Nur ein materiell leistungsfähiger Ärztestand kann auch seine Humanitätsideale verwirklichen. Die volle Leistungsfähigkeit des Arztes liegt deshalb im Interesse der Gesamtheit, des Staates und ganz speziell in dem der Arbeiter, denen nur der gesicherte Arzt eine volle Gewähr zu bieten vermag. Die Arbeiterschaft sieht das schon ein und hat bereits mehrfach für die Kassenärzte und gegen die Kassenvorstände Partei ergriffen.

Andererseits aber wird auch der ärztliche Stand seine Aufgaben nur ganz erfüllen können, wenn alle Glieder desselben an seiner Entwicklung arbeiten und sich die bereits sozial zur höheren

Stellung Durchgekämpften nicht für zu vornehm halten, mit ihren noch kämpfenden Kollegen Schulter an Schulter zu stehen. Es darf keine Ärzte erster und zweiter Güte geben, sondern es muß für den Durchgerungenen eine Ehre sein, ein primus inter pares zu sein. Die praktischen und die beamteten Ärzte, die Lernenden und Lehrenden, die Ärzte und Professoren, die Sanitätsräte und die Hofräte, die unwirklichen und die wirklichen Geheimräte bilden nur Glieder eines Standes von Kollegen. Sein müssen wir das, nicht bloß uns so nennen! Nur diese Erkenntnis wird uns zur vollen Höhe unserer Leistungsfähigkeit bringen und uns bei den anderen Ständen Achtung erzwingen.

Auch von dem Stande gilt das, was Goethe von den Eigennamen des Menschen gesagt hat; er muß sein „ein vollkommen passendes Kleid, ja, wie die Haut selbst ihm über und über angewachsen, an der man nicht schaben und schinden darf, ohne ihn selbst zu verletzen.“ Wenn dieses Berufsgefühl alle Glieder unseres Standes durchdringt, und jeder an seiner Stelle mitarbeitet an der Entwicklung des Standes und seiner Anpassung an die sich ändernden sozialen Verhältnisse, wird es uns auch gelingen, unserem Stande die Achtung wieder zu erringen, die er früher hatte, und noch darüber hinaus ihm die soziale Führerrolle zu verschaffen, die ihm Descartes einst voraussagte. Die Sozialhygiene ist ein integrierender Teil jeder gesunden Sozialentwicklung.

Wer sich von seinem Stande trennt, mag vielleicht kleine persönliche Vorteile erringen und kindischem Ehrgeiz in fremder Anerkennung mehr genügen, aber er wird dies nur auf Kosten der Selbstachtung und der wirklichen Achtung anderer Stände tun, nach Lessing „groß vor der Welt, vor sich selber klein“. Sollten die durch die Kassengesetzgebung gesteigerten trostlosen Verhältnisse so vieler Standesmitglieder dies dem ärztlichen Stande in gesteigertem Maße zum Bewußtsein bringen, so werden diese Kollegen nicht vergebens gelitten und gerungen haben.

Wenn man die Misere des ärztlichen Standes in Österreich betrachtet, so darf man nicht vergessen, daß Österreich viel ärmer ist als Deutschland, daß die Zahl seiner Großstädte eine geringe ist (nur 6 mit über 100000 Einwohnern, gegen 41 in Deutschland), seine Industrie auch nicht annähernd an die deutsche heranreicht, viele der „im Reichsrate vertretenen Königreiche und Länder“ passiv sind, wodurch schon ganz allgemein die Ansprüche an die wenigen aktiven Provinzen in Österreich sehr erhöht werden. Von den gesamten direkten Steuern Österreichs mit 298 Millionen entfallen zur-

zeit 145 Millionen, also die Hälfte, auf die deutschen Kronländer; in anderer Berechnung zahlen die Deutschen 193, die Slaven 90 Millionen an direkten Abgaben; von der Personaleinkommensteuer zahlen die Deutschen 70 Proz.; an Erwerbssteuer die Deutschen 30, die Nichtdeutschen 8 Millionen Kronen; von den indirekten Steuern von 641 Millionen zahlen die Deutschen ca. 490 Millionen, also etwa ³/₄.

Infolge der ganz ungenügenden Armenfürsorge und des Mangels einer Altersversicherung wurde ein großer Teil derartiger Lasten auf die Krankenkassen überwälzt. Hierher gehören auch die erhöhten Verpflegungsgebühren in den Krankenanstalten, welche Staat, Land oder Kommune tragen müßten. Dieser Mißbrauch konnte wohl nur entstehen, weil das Krankenhauswesen noch sehr rückständig ist und erst ganz vereinzelt auf der Höhe unserer Zeit steht.

Ein nicht unbeträchtlicher Teil des Krankenstandes der Kassen bildete sich deshalb aus beschränkt Arbeitsfähigen und aus Leuten, deren wirkliche Krankheitsursache in ihrem allgemeinen Elend zu suchen ist. Man kann geradezu sagen, daß die Kassen deshalb auch vielfach ganz gesetzwidrig mit den Kosten der Arbeitslosigkeit beschwert wurden, und dies wird sich nach dem Reformprogramm auch in Zukunft kaum ändern, da die Arbeitslosigkeitsversicherung und Arbeitsnachweisvorsorge nicht vorgesehen sind.

Die Mittel der Kassen wurden demnach zum Teil in einer nicht ganz gesetzmäßigen, aber leider unvermeidlichen Weise belastet, was natürlich auf die Entlohnung der Ärzte sehr ungünstig einwirkte.

Natürlich suchten sich die Kassen zu schützen, aber mit dieser Laienkontrolle, die mit dem ärztlichen Dienste an sich nichts zu tun hat, sondern mehr dem Mißtrauen gegen die Arbeiter selbst entsprang, wurde das ärztliche Konto belastet. Oft über 20 Proz., im Durchschnitt etwa 20 Proz. der den Ärzten angebuchten Ausgaben betreffen die Laienkontrolle und dieser Posten ist richtig nur bei der Kassenverwaltung einzusetzen. Diese hatte in Wirklichkeit höhere Kosten, die ärztliche Tätigkeit in Wirklichkeit entsprechend geringere Kosten verursacht und das wird immer bei den schlechten Kassengeschäften zu verschleiern gesucht.

Es soll aber auch weiter nicht verkannt werden, daß der Zudrang zum ärztlichen Berufe vorübergehend schon vor dem Inslebentreten der Krankenkassen ein zu hoher war, und daß die Landflucht durch die industrielle Entwicklung viele Ärzte in die Stadt trieb oder dort festhielt, weil sie hofften, sich dort eher eine Existenz zu gründen als auf dem Lande, dessen Bevölkerung in

einzelnen Teilen, besonders in den armen südlichen Alpenländern ihnen nichts zu bieten vermochte.

Der Staat war aus diesen Gründen schon genötigt einen, großen Teil der Ärzte in amtliche Stellungen zu bringen, besonders durch das weit ausgedehnte System der Gemeinde- und Distriktsärzte, die in den wohlhabenderen Provinzen eigentlich nur sanitäre Angelegenheiten erledigen sollen, uneigentlich aber auch recht viele ungehörige Dinge aufgehalst bekommen, in den Alpenländern aber tatsächlich auch als Armenärzte angestellt werden mußten, weil in größeren Distrikten der südlichen Alpen keine Ärzte ohne feste Anstellung existenzfähig waren.

Ich will auch erwähnen, daß Österreich früher einen sehr geringen Mittelstand hatte, der sich erst in den letzten Dezennien etwas kräftiger entwickelte. Infolgedessen war die Entlohnung der Ärzte in Österreich stets eine sehr viel schlechtere als in Deutschland. Die Ärzte mußten stets sehr viel mehr Leute, die nicht zahlen konnten, unentgeltlich behandeln, während die Entlohnung durch die Wohlhabenden und Reichen eine so geringe war, daß sie keinen vollen Ausgleich schaffte.

Es waren also schon vor dem Krankenkassengesetz vielfach sehr ungünstige Verhältnisse für die Ärzte vorhanden. Aber diese Gesetzgebung hat die ungünstigen Verhältnisse noch gesteigert, als nun der Zufluß zum medizinischen Studium enorm anstieg in der Erwartung, daß durch dieses Gesetz ein ganz bedeutend erweitertes und endlich bezahltes Arbeitsgebiet in Aussicht stände.

Bei dem bisherigen Modus wurde der Arzt aber nicht ein gleichberechtigter Faktor, sondern ein Untergebener der Kassen, die ihm ihre Vorschriften diktierten und denen er in seinem rein privaten Vertrage sich fügen mußte. Es ist auffallend, daß gerade die Kassen, die doch in einer großen Zahl die organisierte Arbeiterschaft umfassen, für die ärztliche Arbeit gar kein Verständnis zeigten. Auf ihr eigenes Koalitionsrecht bedacht, suchten sie dasselbe Recht den Ärzten vorzuenthalten, so daß den Ärzten nichts übrig blieb als die Drohung mit dem Streik, dem Mittel, das die Arbeiter zur Erzwingung ihrer Forderungen politisch ausgearbeitet hatten.

Den Arbeiterführern darf man wohl vorhalten, daß Freiligrath 1846 in einem jetzt zum Proletariatspreislied erklärten Gedichte sagte:

„auch dessen.
Der mit Schädel und mit Hirn
Hungernd pflügt, sei nicht vergessen".

Nie ist bis jetzt eine größere Verleumdung eines Standes ausgesprochen worden, wie von dem Reichstagsabgeordneten Stadthagen, der am 12. Februar 1906 im deutschen Reichstage von den „Erpressungen der Ärzte" sprach.

Seit dem Beginne ihrer Organisation in Deutschland und Österreich haben die Ärzte im Gegensatze zu fast allen Ständen nicht bloß ihre eigenen Interessen verfolgt, diese sogar erst zu allerletzt in höchster Not auch mehr betont, sondern von Anfang an und bis zum jüngsten Tage das öffentliche Interesse, die Medizinalstatistik und öffentliche Gesundheitspflege in erster Linie gefördert.

In einer richtigen Ausnützung des Koalitionsrechtes wird deshalb für die Ärzte in Zukunft die Lösung dieser Frage zu suchen sein. Für die Kassenvorstände ist es auf jeden Fall belehrend, daß selbst Arbeiterblätter, wie der „Vorwärts" in Berlin und die „Arbeiterzeitung" in Wien, bereits nachdrücklich auf das Recht der Ärzte, von Organisation zu Organisation zu verhandeln, hingewiesen haben.

Nicht unwichtig ist es deshalb, die österreichischen Ärzte mit Rücksicht auf die Erfahrungen, die sie mit den Betriebskassen gemacht haben, darauf hinzuweisen, daß der Verband rheinisch-westphälischer Betriebskassen, der mächtige Organisationen vertritt, deren Arbeitgeber in der Rücksichtslosigkeit der Interessenvertretung durch Kartelle, Trusts und Syndikate das Äußerste leisten, ihren Ärzten einen Arbeitszwang auferlegen wollte.

Diesen Versuch der rücksichtslosesten Ausbeutung der Macht darf man in Österreich nicht aus den Augen verlieren, nachdem auch in Österreich die Vertrustung der Montanindustrie, infolge des Einflusses der Banken auf diese Industrie, Formen annimmt, denen gegenüber eine Antikartellgesetzgebung machtlos sein wird. Die Montantrusts als Interessen- und Betriebsgemeinschaften haben den Ärzten gegenüber den Vorstoß in dieser Art versucht, nachdem sie gegen das Koalitionsrecht derselben nichts ausrichten konnten.

Aber gerade jetzt organisieren sich die Arbeitgeber in Österreich im weiten Umfange, zunächst freilich gegen unbegründete Streikversuche der Arbeiter. Die Ärzte stehen aber auf jeden Fall in Zukunft den zwei großen Organisationen der Arbeitgeber und Arbeiter gegenüber.

Das muß für die Ärzte eine Lehre sein, daß sie auf fremde Hilfe wenig zu rechnen haben, weil sie in den Parlamenten und in der Presse zu geringen Einfluß ausüben und in den kontinentalen Verwaltungen ihnen, wie den anderen Technikern, der ihnen zukommende Einfluß nicht gesichert ist.

Ich darf vielleicht darauf hinweisen, daß in Preußen das Militärsanitätswesen sich zu einer so außerordentlichen Leistungsfähigkeit entwickeln konnte, weil dort die Juristen gar nichts zu sagen hatten und nur von Grund aus geschulte Fachmänner ihre Kenntnisse und ihr Organisationstalent zur Geltung bringen konnten. Auch das Organisationstalent ist kein Reservatrecht für das juridische Studium und das überkommene juridische Studium ist zur technischen Ausbildung moderner Verwaltungsmenschen vielfach sogar recht unzureichend und es bedarf recht langer Erfahrung, um diese Mängel auszugleichen.

Nur das einmütige Zusammenstehen des Ärztestandes und die Erzwingung desselben Rekursrechtes für die Ärztekammern, wie es den Advokatenkammern zusteht, kann den Ärzten in Zukunft einige Beruhigung in ihrem gerechten Kampfe gewähren.

Der Reformplan der Regierung umfaßt einerseits Änderungen der bestehenden Gesetze, andererseits aber auch eine prinzipielle Ausgestaltung des Gesetzes selbst. Das letztere soll dadurch geschehen, daß die bis jetzt in Österreich fehlende Alters- und Invaliditätsversicherung in Anlehnung an die deutschen Erfahrungen ergänzend eingeführt wird. Man will dabei aber auch einige administrative Mängel der deutschen Gesetzgebung beseitigen und die drei Gesetze, Kranken-, Unfall- und Invaliditätsversicherung einheitlich gestalten.

Bekanntlich sind derartige Wünsche auch in Deutschland hervorgetreten, ohne daß man bis jetzt zu einer Einigung über den einzuschlagenden Weg kommen konnte. Die Zusammenlegung der Kranken- und Invaliditätsversicherung macht in Deutschland keine prinzipiellen Schwierigkeiten, während sich für eine Sonderstellung der Unfallversicherung Gründe beibringen lassen.

In Österreich will man die Schwierigkeiten in der Weise umgehen, daß die Krankenkassen den Unterbau der gesamten Arbeiterversicherung bilden, das Meldewesen und die Beitragsleistung für alle drei Versicherungszweige in die Hand nehmen, wodurch sie gewissermaßen die „weiteren“ Funktionen von Lokalorganen der Unfall- und Invaliditätsversicherung erhalten.

Die Unfallkassen würden dann das Zwischenglied der territorialen

Anstalten, die Invalidenkasse würde die Spitze der Organisation in der Arbeiterversicherung darstellen. Der Staat sichert sich auf diese Weise einen etwas größeren Einfluß auf die ganze Geschäftsführung, was bei den außerordentlich ungleichen Verhältnissen Österreichs gewiß berechtigt, aber auch darin ausreichend begründet ist, daß nebenamtlich neben der Berufsarbeit so viele und wichtige Arbeit nicht vollwertig geleistet werden kann und die Verwaltung in geschulten Händen liegen muß. Die Beitragsleistung des Staates bei der Invaliden- und Altersrente soll deshalb aber auch gegenüber den 50 M. = 60 K. in Deutschland 90 K. betragen.

Die österreichische Invalidenkasse wird deshalb in einem höheren Maße als in Deutschland zu einer staatlichen Versicherungsanstalt, was natürlich auch eine entsprechende Organisation der Spitze erfordert, wobei für uns hervorzuheben wäre, daß dem Vorstande auch Fachmänner auf dem Gebiete der Hygiene anzugehören haben, während der ganze Vorstand zugleich als Beirat des Ministeriums des Innern zu wirken hat.

Bei dieser Organisation fürchten die Ärzte nach den bisherigen Erfahrungen, daß bei den „weiteren" Funktionen für die territorialen und zentralen Organe eine Mehrarbeit an der Basis, d. h. bei den Krankenkassen, entstehen könnte, welche den Kassenärzten ohne Entgeld auferlegt werden könnte. Gerade dieser Umstand, daß mit jeder neuen Verordnung den Ärzten neue Verpflichtungen ohne entsprechendes Entgeld und ohne jede Anerkennung auferlegt wurden, hat so wesentlich dazu beigetragen, daß die Stimmung in den Ärztekreisen eine vielfach geradezu verzweifelte geworden ist.

Als Hygieniker muß ich selbstverständlich das Hinzukommen der Invaliden- und Altersversicherung als einen ganz gewaltigen Fortschritt des sozialen Versicherungswesens anerkennen, weil nach den Erfahrungen in Deutschland auch bei den bescheideneren Mitteln in Österreich die Möglichkeit eröffnet wird, endlich wirkliche Sozialhygiene innerhalb der Arbeiterschaft im großen Stile in Angriff zu nehmen.

In dieser Beziehung ist es wichtig, daß die Altersgrenze auf 65 Jahre festgesetzt wurde und daß bei den geplanten österreichischen Einrichtungen durch das nähere Zusammenbringen von Kranken- und Invalidenkassen, die ganzen Kassen zur Errichtung von Heilstätten, Arbeiterwohnungen und ähnlichen Einrichtungen herangezogen werden können. Aus dieser Verbindung erwächst den bisher übermäßig und z. T. sogar rechtswidrig in Anspruch genommenen Krankenkassen eine gewisse Entlastung, weil

die Invalidenkassen die Heilbehandlung übernehmen können, ohne daß die Krankenkassen zu einem Ersatz verpflichtet sind. Die dadurch möglichen Kompetenzkonflikte wären wohl unschwer etwas einwandfreier zu lösen, als es zurzeit vorgesehen ist. Im Interesse der Arbeiter würde es weiter liegen, daß die Kassen nicht bloß berechtigt, sondern verpflichtet werden, die Untersuchungen der Anwärter für Invalidenrente durch einen Arzt vornehmen zu lassen.

In den Verwaltungsrat gehören meines Erachtens entschieden Vertreter der Kassenärzte neben den Hygienikern. Die Hygieniker sind bei unserem Abusus der Ämterkumulierung so mit Arbeiten überhäuft, daß wohl nur der eine oder andere sich mit diesen Fragen näher beschäftigen wird, die entschiedene organisatorische Fähigkeiten erforderen und sich nicht aus dem Lehrberufe herleiten lassen. Im Vorstande müssen aber auch Ärzte sitzen, die die Einzelheiten des Dienstes aus gründlicher Erfahrung kennen. Beide ärztliche Richtungen sind unentbehrlich, wenn alle berechtigten Wünsche erfüllt werden sollen.

Aus diesen kurzen Daten dürfte wohl hervorgehen, daß in dem Reformprogramm in diesem wichtigsten neuen Stücke in den höheren Verwaltungsstellen noch Unsicherheit herrscht, teilweise sogar Unklarheiten über die Ziele und Mittel bestehen.

Aber der Weg der Enquete, den die Regierung eingeschlagen hat, war bei der gegenwärtigen Lage wohl der einzige, um sich selbst über die Mängel ihres Programmes zu informieren. Bei allen Schwächen, die dieser Entwurf der Invalidenversicherung noch hat, erscheint er doch im ganzen als ein außerordentlicher Fortschritt gegenüber der bisherigen Gesetzgebung.

Die geplante Reform der Unfallversicherung enthält einige eindeutige Verschlechterungen. Es ist z. B. nicht vollständig geglückt, das Unfallversicherungsrecht der Arbeiter mit der im allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuch begründeten Haftpflicht der Arbeitgeber in ausreichende Beziehungen zu bringen; die Entschädigungsansprüche der Arbeiter entspringen nicht nur aus dem öffentlichen Rechte und die Unfallversicherung der Arbeiter soll auch den Arbeitgeber entlasten.

Der Arbeiter soll für jeden Betriebsunfall, der bleibende Folgen für ihn hat, entschädigt werden; damit kann man die teilweise Entschädigung der Verletzten nur dann als genügend berücksichtigt ansehen, wenn die Entschädigung hinter dem wirklichen Schaden nicht zu weit zurückbleibt. Während man in Deutschland bekanntlich 66²/₃ Proz. der wirklichen Lohnsumme in Anrechnung bringt,

wird in Österreich das Krankengeld nach den Lohnklassen berechnet und kann eventuell nur 50 Proz. des wirklichen Lohngeldes betragen; besonders die besser bezahlten Arbeiter einer Lohnklasse können dadurch stark gekürzt werden, weil bei der gewählten Lohnklasseneinteilung die Spannung innerhalb der einzelnen Klassen eine zu große sein kann.

Die Ausschaltung der bei land- und forstwirtschaftlichen Maschinen beschäftigten Arbeiter ist eine ganz ungerechte und höchst bedauerliche Verschlechterung gegen früher, und in der Enquete wurden diese Mängel auch rücksichtslos gekennzeichnet. Die Rücksicht auf die Agrarier darf nicht zu einer Brutalität gegen die Arbeiter führen.

Bei diesen beiden Hauptstücken, der Invaliden- und Unfallsversicherung, möchte ich noch einige allgemeine Bemerkungen einschalten: Die Mittel, welche zur Verfügung kommen, können nach dem Gesetzesvorschlage auch für die Errichtung von Heilanstalten verwertet werden. Hierbei sollte aber nicht unbeachtet bleiben, daß Deutschland mit seinen reichen Mitteln nicht nur Großartiges geleistet, sondern auch gezeigt hat, wie man es nicht machen soll. Es ist allerdings schon durch die Zentralisierung dafür gesorgt, daß nicht etwa eine Anstalt so gewaltige Mittel zur Verfügung hat, daß sie einfach Luxusbauten à la Beelitz baut, die man mit „Gediegenheit des Materials und Vorbeugung der Reparaturen“ ganz unzureichend zu beschönigen sucht. Luxus auf der einen, zu kurze Behandlung auf der anderen Seite sind sicher kein auf die Dauer befriedigender Modus.

Die überaus bescheidenen Resultate in den Tuberkuloseheilanstalten, bei denen man mit einer mäßigen Arbeitsfähigkeit an Stelle wirklicher Gesundung sich zufrieden gibt, lehren, daß man mit der Errichtung von solchen speziellen Heilanstalten vorsichtig sein muß. Die jetzige Zahl der in Österreich für Arbeiter zur Verfügung stehenden Tuberkuloseheilstätten ist allerdings skandalös niedrig; die Finger einer Hand sind bis jetzt noch zu viel zum Aufzählen derselben.

Österreich besitzt zurzeit nur 6 Tuberkulosesanatorien, die man neben den deutschen nennen kann (Arco, Wiener Wald, Ober-Mais, Gleichenberg als reine Privatanstalten); für den kleinen Mittelstand Alland und Gratwein, das noch nicht ganz fertig ist; zu diesen 6 Sanatorien kommen noch in Beneschau und Tannwald in Böhmen 2 Arbeiterheilanstalten im kleinsten Ausmaße zu 12 Betten. Dazu kommen 2 Lupusanstalten in Koschirsch bei Prag

und in Wien. Für skrofulöse Kinder existieren in Kurorten und an der See etwa 12 Anstalten. Gegenüber den 98 deutschen und 70 englischen Tuberkuloseheilanstalten ist das beschämend wenig. besonders für ein Land, in dem die Gebirge die besten natürlichen Verhältnisse bieten.

Zur speziellen Ausbildung des Ärzte- und Wärterpersonals ist nicht einmal genügende Gelegenheit gegeben. Die Errichtung einiger größerer Tuberkulosesanatorien für Arbeiter wird deshalb in Österreich unerläßlich sein. Aber man muß, wenn man den Kampf gegen die Tuberkulose als Volkskrankheit ins Auge faßt. auch damit rechnen, daß immer nur ein Bruchteil der Heilbedürftigen in Sanatorien untergebracht werden kann (selbst in Deutschland von ca. 200000 höchstens 30000 und bei ausreichend langer Behandlung vielleicht nur 10—15000 im Jahre) und daß in einfachen Erholungsstätten im Gebirge und Wald und in öffentlichen Kurorten mit geringeren Mitteln ebensogute Resultate zu erzielen sein werden wie mit den Arbeitersanatorien in der bisherigen, viel zu kurzen Anwendungsweise in Deutschland.

Auch in der selbständigen Errichtung von Anstalten für bestimmte Berufskrankheiten oder Unfallfolgen ist die bisherige Rückständigkeit von Österreich nicht ganz so schlimm, wie sie auf dem Papier erscheint, weil die Frage, wieweit z. B. die Zander-Institute allgemeiner verwertbar sind, noch durchaus nicht vollständig gelöst ist. Verträge mit den Besitzern solcher Anstalten, die jetzt schon in allen großen Städten existieren, werden zunächst mit geringen Mitteln über viele Schwierigkeiten hinweghelfen.

Man kann deshalb mehr daran gehen, die eigentliche Wohnungshygiene ins Auge zu fassen, und wird damit sicher gute Erfolge erzielen.

Dieser Punkt zeigt gerade aber wieder die Bedeutung des behandelnden Arztes für die öffentliche Gesundheitspflege, da nur er die Einzelheiten durch seine fortwährende Berührung mit den Arbeitern gründlich kennt. Aus diesem Grunde würde eine Stellungnahme staatlicher Funktionäre und der Kassenverwaltungen gegen den Arzt zu einem schweren Hemmschuh für die Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege werden.

Das Gewerbeinspektorat, wie es Österreich nach einem Gesetze vom 17. Juni 1883 hat, bedarf dringend einer Ergänzung durch ein Wohnungs- und Sanitätsinspektorat, um nur die Grundlagen richtig zu gewinnen. Man scheint das auch an den hohen Verwaltungsstellen teilweise schon einzusehen und zu erkennen, daß

die Kassen an der Beseitigung gesundheitsschädlicher Zustände in den Betrieben mitwirken sollten; dazu gehört aber die Mitwirkung der Kassenärzte, die durch Vorbeugung die Mittel der Kassen schonen könnten. Das jetzige Sanitätsinspektorat, das in seiner Anlage einen großen Fortschritt der staatlichen Sanitätsverwaltung darstellt, bedarf einer weiteren sozialhygienischen Ausbildung.

Wenn die Invalidenversicherung die Mängel in der Erkennung und Beseitigung von Betriebsschäden in Gewerbe und Industrie von einem neuen Gesichtspunkte zur Kenntnis und zum Bewußtsein der höchsten Verwaltungsstellen bringt, so könnte die Reform der Arbeiterschutzgesetzgebung noch in einem weiteren Sinne Anregung zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheitspflege geben. Man mag sich drehen und wenden wie man will, bei unserer wirtschaftlichen Entwicklung ist die öffentliche Gesundheit nun einmal das solide Fundament für eine gesunde Öffentlichkeit.

Vom ärztlichen Standpunkt liegt der Schwerpunkt der geplanten Reform in der Krankenversicherung. Leider enttäuscht hierin der neue Vorschlag die Ärzte nach vielen Richtungen und manches „Könnte“ des Entwurfes sollte durch ein entschiedenes „Müßte“ ersetzt werden.

Auch nach den jetzigen Vorschlägen erscheint immer noch der heilige Crispinus als der Nothelfer der Kassenvorstände, die auch in der Zukunft noch in der Lage sind, auf Kosten des Ärztestandes soziale Wohltaten zu üben.

Als Hygieniker muß ich mich zunächst entschieden dagegen aussprechen, daß die land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter von der Versicherung ausgeschlossen werden. Die Teilversicherung des Hausgesindes auf dem Lande ist eine ganz ungenügende Maßnahme und die Dienst- und Gesindeordnung verpflichtet den Dienstgeber nur dazu, 30 Tage für den erkrankten Dienstboten zu sorgen, so daß es unbedingt nötig wäre, daß die Kassen vom 30. Tage ab überhaupt für diese Kategorie voll eintreten.

Der Gesundheitszustand der Landbevölkerung ist nicht nur wegen der Rekrutierung und der Beeinflussung der städtischen Bevölkerung, die sich aus ihr ergänzt, von großer Wichtigkeit, sondern sie liegt auch im Interesse der Landwirtschaft selbst, welche mit ihrer geringen Rücksicht auf die Landarbeiter gewiß nicht imstande ist, deren Landflucht zu verhindern. Der Gesundheitszustand der Landbevölkerung ist wegen der Ausbreitungsmöglichkeit von Epidemien und von Geschlechtskrankheiten so

wichtig, weil diese Leute bei den jetzigen Verhältnissen den Arzt selten oder zu spät aufsuchen.

Auch eine Reihe von Kleingewerbetreibenden, Diurnisten usw. müßte versicherungspflichtig erklärt werden. Die im Interesse der Hygiene erwünschte Versicherung der Familienangehörigen müßte obligatorisch erklärt, aber auch pekuniär besser geregelt werden. als es vorgesehen ist.

Auf der anderen Seite aber schließt die jetzige Fassung des Gesetzentwurfs den Mißbrauch der ärztlichen Hilfe nicht aus; es ist z. B. möglich, daß Frauen erst unmittelbar vor der Entbindung Mitglieder werden nur zum Zwecke, die Kosten der Niederkunft von den Kassen zu bekommen. Gegen derartige Eventualitäten müssen auch die Kassen geschützt werden. Es kommt weiter in Betracht, daß die einer Krankenkasse beitretenden besser situierten Leute, besonders solche, die während der Krankheit ihren Gehalt weiter beziehen, zu ungunsten der Arbeiter den Arzt viel mehr in Anspruch nehmen und auch in bezug auf die Medikamente die ungünstigsten Kassenmitglieder sind.

Eine Begrenzung der Kassenpflicht ist deshalb unbedingt nötig. Der Vorschlag, eine solche Grenze bei der Jahreseinnahme von 2400 K festzusetzen, hat bei der außerordentlichen Ungleichmäßigkeit der Verhältnisse in Österreich einige Mängel und es wurde deshalb von mehreren Seiten eine territoriale Abgrenzung vorgeschlagen, so daß etwa Großstädte, Industrieorte und das flache Land mit verschiedenen Höhen in Ansatz kommen sollten. Auf jeden Fall muß eine obere Grenze, wo die ärztliche Hilfe in natura in Anspruch genommen werden darf, festgesetzt werden, da nur der Arbeitszwang des modernen Industriearbeiters die gesetzliche Grundlage für die Gewährung der ärztlichen Hilfe in natura ist und im Geiste des Gesetzes von vornherein nur eine Sicherung der wirtschaftlich Schwächeren ins Auge gefaßt war, die als Zwangsarbeiter im kranken oder verletzten Zustande keine Armen sein dürfen.

Durch die Praxis der registrierten Hilfskassen und Meisterkrankenkassen und durch die Judikatur des obersten Gerichtshofes wurden Personen in die Versicherungspflicht einbezogen, welche vollkommen in der Lage sind, den Arzt aus eigenen Mitteln zu bezahlen. Dies widerspricht direkt dem Grundgedanken des Gesetzes. denn die ärztliche Hilfe in natura war in diesen Fällen nur dadurch zu beschaffen, daß die Ärzte in ihren Einnahmen in

der ungerechtfertigsten Weise und zum Schaden der Gesamtheit herabgedrückt wurden.

Durch diesen Mißbrauch wurde der Gedanke der Humanität gegen die wirtschaftlich Schwachen, die durch das Gesetz aufhörten zu den Armen gerechnet zu werden und denen ein Recht zuerkannt wurde, zu einer Inhumanität gegen den ärztlichen Stand. Das wird durch den Reformvorschlag nicht eindeutig beseitigt. Ein Gesetz muß aber in seiner paragraphierten Form und seiner Begründung eindeutig eine Judikatur unmöglich machen, die dem Geiste des Gesetzes direkt widerspricht.

Wird die obere Grenze in einer nicht überschreitbaren Weise festgesetzt, so können die Mitglieder anderer Kassen dadurch ihr Auslangen finden, daß sie Krankengeld beziehen, den Arzt aber selbst bezahlen. Dadurch wird ihre Stellung zum Arzte und die Stellung des Arztes zur Bevölkerung wieder eine natürliche und der Mißbrauch des Gesetzes beseitigt.

Ohne sich vorher zu vergewissern, ob die betreffenden Mittel auch vorhanden sind oder beschafft werden können, soll die Krankenunterstützung von 20 Wochen auf ein Jahr ausgedehnt werden, d. h. die Arbeit des Arztes soll ohne jede Entschädigung bedeutend vermehrt werden dürfen. Das ist ganz im Geiste der bisherigen Art gedacht, nach der die an sich durchaus berechtigte Wohltat nur auf Kosten der Ärzte geht. Das muß durch eine Änderung in der Stellung der Ärzte zu den Kassen beseitigt werden, weil sonst auch die Arbeiter ihr Recht nicht finden können. Schon jetzt hat der Arbeiter tatsächlich für eine Scheinbezahlung auch nur das Recht auf eine Scheinbehandlung, wie Kollege Bergmann in der Enquete treffend bemerkte. Damit ist aber dem Arbeiter nicht gedient. Eine so beträchtliche Verlängerung der Krankenunterstützung ist aber auch unnötig, wenn ein organischer Anschluß an die Invalidenversicherung hergestellt wird. Mit letzterer müssen auch die Kassenmitglieder an Zahl zunehmen und alle umfassen.

Die bisherige absolute Abhängigkeit der Ärzte von den Kassen hat es dahin gebracht, daß die Arbeit der Ärzte bei gleichbleibender Entlohnung stark vermehrt und durchaus nicht vereinzelt sogar verdoppelt und die Einzelleistung schon gelegentlich unter der Dienstmannstaxe bezahlt wurde. Die Zahl der Kranken, die auf einen Kassenarzt fällt, wurde dadurch auch vielfach zu groß.

Es hängt das zum Teil wohl auch mit der Gliederung des Kassenwesens zusammen. Auch in Deutschland ist eine vollständige Einheitlichkeit der Kassen nicht vorhanden. In Österreich bilden

die Bezirkskrankenkassen, welche mindestens 1000 Mitglieder zählen sollen, für jeden politischen Bezirk die untere Einheit. Daneben können aber noch bestehen: Betriebskrankenkassen, Bruderladen- (Knappschafts-) Krankenkassen, Genossenschafts- (Innungs-) und Vereinskrankenkassen. Besonders die Betriebskrankenkassen bieten die Möglichkeit, bei der vollständigen Abhängigkeit der Kassenleitung und der Ärzte von den Unternehmern unleidliche Zustände herbeizuführen, und in der Montanindustrie sind schon recht unerfreuliche Verhältnisse hervorgetreten.

Eine wirkliche Einheitlichkeit des ganzen Kassenwesens an der Basis wäre deshalb für alle Beteiligten, vor allem aber für die Arbeiter und Ärzte, eine Wohltat; aber auch für die Kassenverwaltungen, weil die Mängel der einzelnen Handwerke und Betriebe, besonders auch der Saisonarbeiter durch die bessere Lage anderer gemildert werden und die Verwaltungskosten heruntergehen, die bei kleinen Kassen relativ sehr hoch sind. Auch der Uebelstand, daß dieselben Arbeiter bei verschiedenen Betrieben, die vielerlei Arbeiter beschäftigen, ganz verschiedenen Kassen angehören oder die Kassen wechseln müssen, könnte beseitigt werden.

So lange das aber nicht erreichbar ist, müssen die Ärzte vom Staate in dessen eigensten Interessen eine viel energischere Unterstützung finden als bisher. Wenn die Kassen mit dem einzelnen Arzte Privatverträge schließen, so können sie einfach als Unternehmer diktieren, und gerade dadurch sind diese unleidlichen Zustände hervorgerufen worden. Daß aus eigener Ansicht oder unter dem Drucke der Verhältnisse manche Kassen sich mit ihren Ärzten bereits in leidlicher Weise auseinandergesetzt haben, ist ganz irrelevant gegenüber den vielen Unzuträglichkeiten und gegenüber dem Prinzip, dem Arzte zu untersagen, was für jedes Mitglied eines anderen Standes zulässig ist.

Der ärztliche Stand ist seiner Natur nach ein freier Stand, der eine ars liberalis ausübt. Darauf beruht das Vertrauen der Bevölkerung zu ihrem Arzte. Der angestellte Arzt, mag er auch noch so tüchtig sein, erscheint dem Kranken nie als so vollwertig wie der von ihm selbst gesuchte, vielleicht schlechtere Arzt.

Der Arzt wird deshalb im Interesse der Kranken prinzipiell auf der freien Ärztewahl bestehen müssen. Andererseits hat die Arbeiterversicherung so viele Besonderheiten, daß es sich praktisch nur um eine beschränkte freie Ärztewahl handeln kann, d. h. daß sich die Ärzte auf bestimmte Honorare verpflichten.

Aber auch dann werden genug Fälle übrig bleiben, bei denen

nur Pauschalierung möglich ist, bei denen also der Arzt unter allen Umständen in ein bestimmtes Dienstverhältnis treten muß. Dann sollten aber auch ähnlich wie bei staatlich oder kommunal angestellten Ärzten dauernde Zustände mit Pensionsberechtigung geschaffen werden, welche dem Arzte für seine Mühe, für seine hohe Unfallsmöglichkeit, für seine Invalidität und sein Alter dasselbe Recht einräumen wie dem Beamten und Arbeiter.

Die Einzelheiten der Honorarfixierung kann ich wohl hier übergehen. Ich möchte aber nachdrücklich darauf hinweisen, daß die freie Ärztewahl für größere Gemeinwesen sicher die einzige Lösungsmöglichkeit ist, die dem ärztlichen Stande wieder zu seinem Rechte verhilft und dem Arbeiter das volle Vertrauen bietet.

Das Gesetz muß deshalb für bestimmte Fälle dieses auch viel eindeutiger festlegen, als es in dem Entwurf geschieht. Besonders die „Anhörung“ der Beteiligten hat in Österreich nach den Vorkommnissen bei den Handelskammern einen peinlichen Beiklang und muß durch eine „Übereinstimmung“ ersetzt werden. Wenn auch vorübergehend damit die Kassen etwas mehr belastet werden, so ist der Zustand auf die Dauer auch für die Kassen günstiger und für den Staat ist es der einzige Modus, der seine Interessen vollständig wahrnimmt.

Man hat den Ärzten vorgehalten, daß auch bei freier Ärztewahl einzelne Ärzte viel, andere wenig zu tun haben, und doch liegt darin ein großer Irrtum. Sicher hat es immer gute und schlechte, viel und wenig gesuchte Ärzte gegeben, aber im allgemeinen weiß die Bevölkerung doch die tüchtigen herauszufinden und läßt sich auf die Dauer nicht vom Schein bestimmen.

Die Nachteile, die daraus entstehen, muß jeder Arzt mit sich ausmachen, wenn er sich entschließt, diesen Beruf zu wählen; dies liegt im Charakter des freien Berufes.

Bei der Abhängigkeit von den Kassen bestimmt aber erfahrungsgemäß die Tüchtigkeit viel weniger als die Protektion, und in vielen Fällen war zum Erlangen der Kassenarztstellen ein standesunwürdiges Unterbieten und Antichambrieren vor „Gevatter Schneider und Handschuhmacher“ das wichtigste. Das ganz einseitige Kündigungsrecht der Kassen und die kurzen Kontrakte ermöglichen aber bei jedem Wechsel im Vorstande eine unmotivierte Entlassung der Ärzte und einen Wechsel und Neuanstellungen wieder nach Launen. Durch solche Möglichkeiten war bis jetzt der pauschalierte Kassenarzt fast rechtlos und in der dadurch geschaffenen ungerechten Verteilung der Kassenmittel auf wenige Ärzte unter gleichzeitiger

Überbürdung derselben liegt der Krebsschaden der ganzen Gesetzgebung, die in dieser Ausführung weder den Arbeitern noch den Ärzten gibt, was sie erwarten durften. Zum Schneckengang verdorben wurde, was Adlerflug hätte werden können — gilt infolge solcher Mißgriffe leider von einem großen Teil der bisherigen volkswirtschaftlichen Gesetzgebung.

Gerade diese Ungerechtigkeit wollen die Ärzte beseitigt wissen. Das Mitglied des freien Ärztestandes soll nach seiner Tüchtigkeit sich Geltung verschaffen, dann kann auch der ärztliche Stand selbst die Standesinteressen voll und ganz wahrnehmen und unwürdige Erscheinungen unmöglich machen. Auch auf einen unvernünftigen Andrang zum medizinischen Studium dürfte dies günstig hemmend wirken.

Wenn jetzt der Kassenarzt mehr Kranke zugewiesen bekommt, und diese Mehrbelastung mit ganz ungenügender oder ohne jede Mehrentschädigung erfolgt, so wird mit der zunehmenden Zahl der Patienten seine Leistung eine geringere, selbst minderwertige, und zwar ohne seine Schuld: ultra posse nemo tenetur.

Kein Arzt kann sich der Tatsache verschließen und der Staat hat die Pflicht, das zur Kenntnis zu nehmen und abzustellen, daß mit zunehmender Zahl der Kassenkranken diese Zahl zur möglichen ärztlichen Untersuchung und Behandlung in ein steigendes Mißverhältnis kommen kann. Der Arzt kann von dem Kasseneinkommen nicht leben, er muß sich seine Existenz noch neben der Kassenpraxis verschaffen, und kann der schlechteren Bezahlung entsprechend auch nur schlechter arbeiten. Damit wird aber auch das Interesse der Arbeiter in der schwersten Weise geschädigt und die Nebenarbeit, die der Arzt im Dienste der öffentlichen Gesundheit zu leisten hat, oft unmöglich gemacht.

Die Krankenkassengesetzgebung hat große Mittel zur Verfügung gestellt, wo früher meist gar keine Entlohnung erfolgte. In Form der Armenpraxis erhielten früher trotzdem die meisten eine, wenn auch oft unzulängliche ärztliche Hilfe. Der zunehmenden Wohlhabenheit entsprechend tritt der Arbeiter jetzt aus der Armenbehandlung aus und erwirbt ein Recht auf ärztliche Hilfe. Dieser soziale Fortschritt ist für ihn aber nur ganz erreichbar, wenn der Arzt in der Lage ist, sich der neuen Aufgabe völlig zu widmen, d. h. wenn die Mittel in richtiger Weise angewendet werden. Das ist bis jetzt nicht ausreichend geschehen und deshalb haben die großen Mittel keine entsprechenden Erfolge erzielen lassen.

Ich will weiter darauf hinweisen, daß durch die Arbeiterver-

sicherung auch eine ganze Reihe neuer medizinischer Fragen aufgerollt wurden, die bearbeitet, aber auch gelehrt werden müssen. Hoffentlich zeigen diesmal die medizinischen Fakultäten dem Bedürfnisse nach Unterricht in der sozialen Medizin gegenüber ein größeres Verständnis und Entgegenkommen als leider früher in großen Volksfragen.

Hat der Arzt in freier Praxis mehr zu tun, so wird er auch der Mehrleistung entsprechend besser bezahlt, kann sich also den Fällen, soweit seine Kräfte reichen, ausreichend widmen; der Mehrarbeit entspricht die Mehrbezahlung und die Arbeit bleibt von Fall zu Fall eine gleich gute und damit wird das Interesse der Kranken und der Öffentlichkeit gewahrt.

Aber ob Pauschalierung oder freie Ärztewahl: seit die staatliche Ärztevertretung geschaffen ist und freie ärztliche Organisationen bestehen, muß der Ärztestand strikte darauf bestehen, daß ihm sein Koalitionsrecht gewahrt und daß von Organisation zu Organisation verhandelt wird. Nur die Organisation, bei der alle Fäden zusammenlaufen, kann den Arzt gegen Ausbeutung schützen. Die Organisation der Arbeiter hat die Pflicht, nach den von ihnen selbst aufgestellten Forderungen auch die Organisation der Ärzte zu achten und sich durch Kollektivverträge und Vertragskommissionen von Organisation zu Organisation zu verständigen.

Manchen Kassen kommt es schwer an, ihren reinen Unternehmerstandpunkt den Ärzten gegenüber aufzugeben. Sollten sie darauf beharren und dem ärztlichen Arbeiter nicht dieselben Rechte zuerkennen, die sie für sich als Arbeiter in Anspruch nehmen, so haben die Ärzte dieselben Kampfmittel in der Hand wie die Arbeiter und werden vor der passiven Resistenz und schließlich auch vor dem Streik nicht zurückschrecken.

Es ist gewiß traurig, daß ein Gelehrtenstand, daß die Vertreter einer ars liberalis vielleicht zu diesem äußersten Mittel greifen müssen, aber die einfache Rechtslage kann es einmal fordern. Die Proletarisierung des ärztlichen Standes, wie sie bei Mißachtung der ärztlichen Organisationen durchaus nicht mehr unmöglich erscheint, würde aber im Interesse der öffentlichen Gesundheit ein so furchtbares Unglück sein, daß der Staat, der die Pflicht hat, etwas weiter zu sehen, durch Wahrung berechtigter Forderungen der Ärzte Vorkehrungen treffen muß, daß dieses Unheil verhütet wird. Die Reform der Arbeiterschutzgesetzgebung bietet dem Staate die Möglichkeit, zu zeigen, ob er gewillt ist, die dem Ärztestande gegebene Organisation selbst ernst zu nehmen und ihr die Achtung

zu verschaffen, die sie zu beanspruchen hat. Nur bei Verhandlungen von Organisation zu Organisation können die Interessen der Arbeiter und der Ärzte, d. h. der beiden Faktoren gewahrt werden, die das unmittelbarste Interesse an der Arbeiterschutzgesetzgebung haben. Nur damit können die übergeordneten Interessen der Öffentlichkeit zu ihrem vollen Rechte kommen.

Nachdem die österreichische Regierung durch die ärztliche Enquete den guten Willen gezeigt hat, die Wünsche der Ärzte unmittelbar zur Kenntnis zu nehmen, darf man wohl hoffen, daß es auch gelingt, die Mängel, die das Programm für die Reform und den Ausbau der Arbeiterversicherung noch an sich hat, zu beseitigen.

Die Fürsorge für Krüppel in ihrer sozialen Bedeutung.

Von Geh. Medizinalrat Professor Dr. A. Guttstadt,
Mitglied des Kgl. preuß. Statistischen Landesamts, Berlin.

Die öffentliche Aufmerksamkeit ist erst in der neuesten Zeit in erfolgreicher Weise auf die unglückliche Lage der verkrüppelten und verstümmelten Menschen gerichtet worden. Veranlassung hierzu gab die erfreuliche Erfahrung, daß das Leiden dieser Unglücklichen nicht immer als ein abgeschlossener, unheilbarer Zustand anzusehen ist, der keine Hoffnung auf Besserung zuläßt. Die heutige Chirurgie hat nämlich auf ihrem Zweiggebiete der Orthopädie so staunenswerte Leistungen aufzuweisen, daß die Fürsorge für Krüppel in vielen Fällen hilfreich auf die Besserung des Leidens einzuwirken vermag, so daß der trostlose Zustand der Erwerbsunfähigkeit verschwindet und Arbeits- und Erwerbsfähigkeit auch einen Krüppel zu einem nützlichen Mitgliede der menschlichen Gesellschaft machen kann. Neben der weit über 100 betragenden Anzahl von orthopädischen Anstalten, welche den Zahlungsfähigen zur Verfügung stehen, wirken bereits 25 Krüppelheime im Deutschen Reiche segensreich, in denen mehr als 1500 Plätze zur Unterbringung von armen und minderbemittelten Krüppeln bereit stehen. Mit den größeren Anstalten sind nach dem mustergültigen Vorgange der nordischen Länder Handwerkshäuser verbunden. Die Arbeitserlernung in diesen Anstalten findet jedoch ihre natürliche Begrenzung in dem Umstande, daß alle Handwerke und Beschäftigungsarten selbst in der größten Anstalt nicht betrieben werden können, sondern nur die wichtigsten Grundhandwerke. Es finden daher in den Krüppelheimen vorzugsweise Kinder unter 14 Jahren Aufnahme.

Aber im Vergleiche zur Anzahl der im Lande vorhandenen verkrüppelten Kinder reichen diese Krüppelheime bei weitem nicht

aus. Ist doch allein in der Provinz Schlesien durch eine Erhebung im Jahre 1901 die Zahl dieser unglücklichen Kinder unter 14 Jahren auf 2404 festgestellt; in der Rheinprovinz sind sogar 7172 solcher Kinder im Jahre 1903 ermittelt. Viel größer ist aber die Zahl der erwachsenen Krüppel.

So betrug in der Provinz Schleswig-Holstein im Jahre 1897 die Zahl der verkrüppelten Kinder unter 16 Jahren 1295 und der Verkrüppelten im Alter von mehr als 16 Jahren 3475. In der Rheinprovinz belief sich die Zahl der Krüppel unter 16 Jahren auf 8580 (4693 m., 3887 w.), dagegen die der Krüppel über 16 Jahre auf 40 928 (27 549 m., 13 379 w.). Von den Erwachsenen waren 10 784 = 26,3 v. H. von Geburt an, 10 095 = 24,6 v. H. durch Krankheit, aber 16 419 = 40,1 v. H. durch Unfall Krüppel geworden. Von besonderem Interesse dürfte daher die nachfolgende Statistik [1]) der Krüppel in der Rheinprovinz erscheinen, welche über die Art der Verkrüppelung, ihre Ursachen, die wirtschaftliche Lage der Krüppel usw. Auskunft gibt.

Statistik der Krüppel in der Rheinprovinz im Jahre 1903.

	Krüppel u. Verstümmelte unter 16 Jahren	über 16 Jahre
Anzahl	8580	40 928
davon		
1. männlich	4693	27 549
weiblich	3887	13 379
2. Religion:		
a) evangelisch	2204	10 698
b) katholisch	6329	29 922
c) israelitisch	47	308
3. Geistige Beschaffenheit:		
a) gesund	7971	39 436
b) nicht gesund	609	1 492
4. Unterricht:		
a) noch nicht schulpflichtig	1664	—
b) Schulunterricht	5755	34 281
c) ohne Unterricht	710	—
d) konfirmiert	138	36 548
5. Ursachen:		
a) angeborene	3607	10 784
b) Krankheiten	2852	10 095

[1]) Aus dem „Jahrbuche der Krüppelfürsorge“, von Pastor Th. Schäfer in Altona. 4. Jahrgang (1903), S. 34 bis 41.

	Krüppel u. Verstümmelte unter 16 Jahren	über 16 Jahre
c) Unfall	1384	16 419
d) Krieg	—	581
e) unbekannt	757	2 973
6. Art der Verkrüppelung:		
a) es fehlt Arm oder Hand	153	1 681
b) es fehlt Bein oder Fuß	165	2 429
c) es fehlt mehr als ein Glied	172	1 351
d) Arm oder Hand verkrüppelt oder verstümmelt	667	4 704
e) Bein oder Fuß verkrüppelt oder verstümmelt	1312	4 991
f) mehr als ein Glied verkrüppelt oder verstümmelt	353	1 548
g) Glieder steif oder verkürzt oder beides	1449	6 704
h) Verkrümmungen	1189	5 140
i) Klumpfüße	199	949
k) sonstige Mißbildungen	767	3 267
l) mehrere dieser Schäden	136	793
m) Lähmungen	1203	4 825
7. Komplikationen:		
a) Krämpfe	215	546
b) Lähmungen oder sonst. organische Krankheit	338	1 169
c) Blindheit	197	1 814
d) Taubstummheit	505	1 158
8. Heilversuche	4034	19 079
9. Eltern verwandt	231	434
10. Verwandte verkrüppelt	326	1 176
11. Unterhalt:		
a) durch Eltern oder Verwandte:		
α) gut	4847	6 284
β) ärmlich	3337	3 774
b) selbst (persönlich):		
α) gut	—	16 295
β) ärmlich	—	9 915
γ) mit Unterstützung	—	2 753
c) durch öffentliche Armenpflege:		
α) Kommune	310	2 211
β) Provinz (landarm)	106	221
d) durch private Armenpflege:		
α) Kirche	26	106
β) Vereine	20	144

Die vorgeführten Zahlen für einzelne Provinzen Preußens lassen erkennen, daß die Zahl der Krüppel im Deutschen Reiche eine erschreckende Höhe erreicht, insbesondere aber die der Krüppel über 16 Jahre. Diesen Hilfe zu bringen, ist eine soziale Aufgabe von großer Tragweite. Die Behandlung von Unfallversicherten

unter diesen Verkrüppelten tritt dabei besonders in den Vordergrund. Ob die in gewerblichen Betrieben Verunglückten und dadurch Verstümmelten den Willen haben, die ihnen noch gebliebenen Kräfte und Arbeitsmöglichkeiten auszubilden, ist in manchen Fällen nicht anzunehmen. Die Arbeitswilligen dagegen fürchten eine Herabsetzung der Rente, die ihnen zugesprochen ist, nicht. Es handelt sich demnach für die letzteren um den Nachweis von Beschäftigungsarten und um eine Einübung in neuen Beschäftigungen. Die Krüppelheime an und für sich bieten dazu nicht die geeignete Gelegenheit; auch ist die gemeinschaftliche Unterbringung von Erwachsenen und Kindern in Anstalten aus naheliegenden Gründen nicht empfehlenswert. Wie sollen daher im Berufe Verstümmelte oder Verkrüppelte wieder arbeitstüchtig werden?

Während über die Häufigkeit der Unfälle in den einzelnen gewerblichen Betrieben genaue Angaben vorliegen, fehlt es fast gänzlich an zuverlässigen Nachrichten darüber, in welchem Grade die Verletzten infolge des Unfalls erwerbsunfähig geworden sind. Zwar könnten die Akten des Reichsversicherungsamts darüber Auskunft geben, wie die Unfallsfolgen in jedem einzelnen Falle seitens der verschiedenen Gutachter, Schiedsgerichte und des Reichsversicherungsamts geschätzt worden sind; aber diese Schätzungen entbehren deshalb eines wahren Wertes, weil in der Tat ein großer Teil der Verstümmelten mit der Zeit doch eine ganze Menge häuslicher Verrichtungen erfüllen lernt, so daß die theoretische Abschätzung der Unfallsfolgen sich keineswegs mit der praktischen Erfahrung deckt.

Es muß deshalb als eine schwere Lücke empfunden werden, daß im ganzen Reiche noch nichts Zuverlässiges darüber bekannt ist, in welchem Grade die durch einen Unfall in ihrem Erwerb geschädigten doch mit der Zeit wieder einen Beruf erfüllen können, und inwieweit mit den Jahren eine Anpassung an den veränderten krankhaften Zustand ihres Körpers sich ermöglichen läßt.

Es würde deshalb dringend im Interesse der medizinischen und der Versicherungswissenschaften liegen und eine viel größere Sicherheit der Entscheidung der Schiedsgerichte und des Reichsversicherungsamts gewähren, wenn über die Unfallsfolgen, wie sie sich in der Praxis tatsächlich im Laufe von Jahren und Jahrzehnten gestalten, einmal amtliche Erhebungen stattfänden.

Es könnten derartige Ermittlungen wohl am zweckmäßigsten durch die Berufszählung gemacht werden, und zwar in der Weise, daß die Frage: „Verkrüppelt, verstümmelt, sonst gebrech-

lich? Art der Verkrüppelung, Ursache (angeboren, Krankheit, Unfall, ob im Berufe?) ist anzugeben: . . .“ in den Fragebogen aufgenommen würde. Die Beantwortung dieser Frage wird dann Auskunft geben über die Beschäftigungsarten, welche für Verstümmelte und Verkrüppelte noch als mögliche Erwerbsquellen anzusehen sind. Auf dieser Grundlage würde die soziale Fürsorge ein weites Feld segensreicher Einwirkung auf das Schicksal vieler tausend Unglücklichen bearbeiten können.

Ein Antrag des Kgl. preußischen Statistischen Landesamts auf Berücksichtigung der vorherstehenden Fragestellung bei der nächsten Berufszählung im Jahre 1907 ist zwar abgelehnt worden, doch steht zu hoffen, daß er bei einer späteren Zählung Berücksichtigung findet.

Die Grundsätze des modernen Krankenhausbaues in den großen Städten.

Von Privatdozent Dr. med. H. Gerhartz,
Wissensch. Hilfsarbeiter im Kais. Gesundh.-Amt, Berlin.

Ursprünglich Versorgungshäuser für Sieche und Kranke zugleich, haben die Krankenhäuser erst im Laufe ihrer Entwicklung ihren heutigen Zweck, der Behandlung und dem Studium zu dienen, als mächtigsten Grundsatz für ihre Ausgestaltung gewonnen. Wie überhaupt in der Wissenschaft hat sich auch hier der Fortschritt nicht auf der ganzen Linie in gleicher Weise vollzogen: hier und da reiften gesunde Prinzipien zu vollendeter Entwicklung, aber der allgemeine Fortschritt geschah in langsamen Schritten. Auch Rückschritte haben nicht gefehlt. Sie haben zu wiederholten Malen mühsam Errungenes um ein Jahrhundert der Entwicklung zurückgebracht; so hat der heutige Krankenhausbau noch kaum die Schäden verwunden, die sich in den letzten Jahrhunderten eingeschlichen hatten, aber er hat wiederum angeknüpft an den Faden gesunder Entwicklung. Die Gründe für diesen Umschwung liegen nicht allein in der Erkenntnis der Fruchtbarkeit der Prinzipien, die auch früher den Fortschritt bedingt hatten, sondern z. T. in dem Eintritt echt moderner fördernder Elemente.

Wie auf anderen Gebieten überhaupt hat sich auch hier die Spezialisierung als fruchtbarstes Element erwiesen. Der Aufschwung der modernen Medizin hat in der Ausbildung der Sonderfächer gleichzeitig eine Summe von Einzelwünschen für Unterbringung und Behandlung der spezialistischen Kranken gezeugt, die nicht ohne großen Einfluß auf den Krankenhausbau gewesen sind. Schon früh haben praktische Gesichtspunkte zur Dezentralisierung geraten. Das ganze Mittelalter hindurch war das allgemeine Hospital noch Armen-, Siechen-, Pfründen- und Krankenhaus zugleich; nur sporadisch

traten in dieser ganzen Zeit einzelne Kategorien heraus, und erst gegen Ende des Mittelalters mehrten sich diese Fälle.[1]) Für Aussätzige und sonstige ansteckende Kranke gab es besondere Krankenhäuser (Maladrerien und St. Jürgenhäuser), so z. B. in Frankreich um das Jahr 1225 2000 Leprahäuser, und für die Unterkunft der Reisenden und Fremden wurden seit dem 13. Jahrhundert die sog. „Elendsherbergen“ gegründet. Wie es damals mit den Spitälern aussah, beleuchtet der Umstand, daß um die Mitte des 13. Jahrhunderts Meister und Brüder des Regensburger Katharinenspitals erklärten, daß dieses für die Menge der Armen zu klein sei, so daß es ihnen nicht nur nicht genüge, sondern ihnen Ansteckung und frühen Tod bringe, da die Luft verderbt sei und die Ansteckung der Kranken durch das zu enge Liegen befördert werde.[2]) Man sah also das Unzuträgliche der Verbindung dieser verschiedenartigsten Dinge wohl ein. Dafür spricht auch die Großartigkeit der Anlage von Maristan Kala'ûn in Kairo (1279—1290), einer Krankenanstalt, die in weitgehendster Spezialisierung — sie besaß besondere Kliniken für Augen-, für Geisteskranke u. s. f. — Vollendetes erreichte. In Mailand wurden 1571 auf Vorschlag von Philibert de L'orme die Kranken mit heftigen und hitzigen Fiebern in den nördlichen und kühleren Teilen des Hospitals untergebracht, die mit Katarrhen und anderen Erkrankungen in den südlichen.[3]) Später trennte man in Paris (im Hôpital des incurables) auch die Wirtschaftsgebäude vollständig von den Krankenräumen, eine Maßnahme, die erst in letzter Zeit wieder Eingang gefunden hat. Furttenbachs Plan eines Pesthauses läßt sogar schon die völlige Trennung der Infizierten von den Genesenden erkennen. Die Errichtung von Armenhäusern, Altersversorgungshäusern und Waisenhäusern, die im 17. Jahrhundert einsetzte, konnte diese gesunden Grundsätze nur noch mehr für den Fortschritt in der Entwicklung des allgemeinen Krankenhauses nutzbar machen. Die Zunahme der Kranken, das Wachsen der großen Städte führten aber bald zu gefährlicher Ausdehnung der Krankenhäuser. Wahrhaft erschreckende Zustände melden die damaligen Berichte. Im Hôtel-Dieu in Paris waren 300—400 Kranke in einem Raume untergebracht; oft teilten 4—6 Erwachsene oder 6—8 Kinder das Bett![4]) In dem Sturmschen

[1]) Kuhn, O., Krankenhäuser. In Ende-Schmitt-Wagner, Handb. d. Archit., IV. Teil, V. Halbb., 1. Heft, Stuttgart 1897, S. 24.

[2]) l. c. S. 15.

[3]) Kuhn, l. c. S. 17ff.

[4]) Kuhn, l. c. S. 36.

Plan für ein Fremden- und Krankenhaus (1720), der die traurigen Zustände im Krankenhauswesen dieser Zeit vortrefflich charakterisiert, war vier Unterhausvätern der gleiche Raum zugewiesen, wie er 270 Kranken zukam, und auf den Oberhausvater kam die Hälfte dieses Raumes. Der Erfolg in solchen Anstalten entsprach diesen Einrichtungen. In einer Broschüre erzählt Chamousset denn auch, daß im Hôtel-Dieu in Paris ein Viertel der Kranken starb, die Rückfälle schlecht und oft tödlich waren (1756). Solch böse Erfahrungen haben naturgemäß häufige und leidenschaftliche Diskussionen hervorgerufen; und in der Tat ist zu keiner Zeit das Krankenhaus mehr der Gegenstand literarischer Arbeiten und des Studiums und das Thema der Arbeit von Kommissionen gewesen als damals. Es konnte nicht fehlen, daß man dabei auf die günstigen Erfolge aufmerksam wurde, die in England seit längerer Zeit erzielt worden waren. Hier waren die physikalischen Heilfaktoren in ausgedehntestem Maße berücksichtigt worden. Weitgehende Spezialisierung hatte zur Errichtung vieler nützlich wirkender Spezialkrankenhäuser geführt, und überhaupt waren die wichtigsten hygienischen Forderungen hier schon früh in ihrem Werte erkannt und präzisiert worden. Diese Grundsätze, die in der Schrift Pringles[3]) in vollendeter und überzeugender Weise entwickelt worden waren, riefen eine neue Ära im Krankenhauswesen hervor. Und doch kam erst 1773 der Vorschlag, das Hôtel-Dieu in Paris zu einem reinen Krankenhause zu machen, und 1786 erst die Forderung, daß jeder Kranke sein eigenes Bett haben solle! Seit dieser Zeit aber hat sich endgültig das System der Dezentralisation der Kranken Bahn gebrochen. Die ersten praktischen Anwendungen (1829 in Bordeaux, Krankenhaus St. André, 1846—1854 Hospital Lariboisière in Paris) wurden die Muster für die Neugestaltung des Krankenhauswesens. Ausschlaggebend sind für die Wahl des Pavillonsystems, das nun die Grundlage der Hospitalhygiene wurde, hauptsächlich die guten therapeutischen Erfahrungen gewesen, die im Kriege mit improvisierten Krankenhäusern und provisorischen Baracken erzielt worden waren.[4]) Ich stehe nicht

---

[1]) Ruppel, F., Anlage und Bau d. Krankenh. usw. in Weyls Handb. d. Hyg., V. Bd., Jena 1899, S. 3.

[2]) Ruppel, l. c. S. 60.

[3]) Pringle, J., Beobachtungen über die Krankheiten einer Armée, sowohl im Felde als in der Garnison. Aus d. Engl. v. J. E. Greding. Altenburg 1772.

[4]) Von größtem Einflusse wurden die Schriften der folgenden Autoren: Brocklesby, R., Ökonom. u. med. Beob. z. Verb. d. Kriegslaz. usw. Übers. v.

an zu behaupten, daß die Lostrennung aus dem ursprünglichen Charakter der Anstalten, die in der Verwendung des Pavillonsystems die bequemste und gesundeste Handhabe zur Erreichung des Endzieles, der Isolierung zusammengehöriger Kategorien von Kranken, fand und die daraus gefolgte klare und grundsätzliche Betonung des therapeutischen Endzweckes unserer Krankenhausbauten das mächtigste Prinzip und die für den Fortschritt dieses Zweiges der sozialen Wohlfahrt förderlichste Maßnahme gewesen sind. Sucht man die Gründe, welche den Anstoß zu dieser Abänderung gegeben haben, so liegen sie hauptsächlich in dem Wachsen des Umfanges der Anstaltsfürsorge, in dem erneuten Aufschwunge der wissenschaftlichen Medizin und nicht zuletzt in den bösen Erfahrungen, die mit dem alten System gemacht worden waren. Gerade der letztere Umstand hat zum Studium der den Erfolg bedingenden Faktoren gezwungen. Da nun die Hilfsmittel, die das Krankenhaus bieten kann, notwendig dem Zwecke, den es erfüllen soll, dienen müssen, und die zweckmäßige Ausgestaltung der Einzeleinrichtungen, die nun infolge des selbständigen Ausbaues der Einzelpavillons bequem zu erreichen war, die Güte des Ganzen bedingt, war die Folge eine erneute Durchbildung der Einzelheiten; diese mußte sich, der weittragenden Bedeutung der neuen Grundsätze gemäß, notwendig in größtem Umfange vollziehen. Daß dies alles heute noch nicht zu sicheren Normen entwickelt ist und wir noch inmitten dieser Durcharbeitung stehen, ist jedem bekannt. Es ist schon daraus erklärlich, daß nunmehr der Ausbau unseres Krankenhauswesens mit dem Fortschritte der Medizin einhergeht, während er früher weniger von der Ausbildung der Heilkunde, als von dem jeweilig herrschenden Wohlstande abhängig war. Notwendigerweise mußte dieser Faktor in den letzten Jahrzehnten zum besonderen Ausdrucke kommen durch die Einführung und das erneute Studium der Bedeutung der physikalischen Heilfaktoren. Diese Bewegung, in der Deutschland vorangegangen ist, und die sich vor allem in der Behandlung der Lungentuberkulose konzentriert hat, hat die Konsequenz gehabt, daß nunmehr die Krankenhäuser in den Mittelpunkt dieser Therapie gestellt wurden und eine ungeahnte Entwicklung vor sich hatten. So ist die rastlose und erfolgreiche Entwicklung des Sanatorium- bzw. Heilstättenbaues in Deutschland erklärlich geworden. Heute ist diese bezüglich

Ch. G. Selle, Berlin 1772. Le Roy, Mémoires de l'académie, Année 1787, Paris 1788. Pirogoff, N., Grundzüge der allg. Kriegschir. usw., Leipzig 1864.

des Heilstättenbaus zu einem gewissen Abschlusse gekommen und es haben sich wichtige Grundsätze festlegen lassen. Für das allgemeine Krankenhaus, besonders der großen Städte, harren diese letzteren jedoch noch teilweise der Übertragung in lebenskräftige Gestaltung, und es scheint, daß an einigen Schwierigkeiten die Fortbildung scheitern soll.

Die Hauptschwierigkeit, die sich besonders in den großen Städten geltend macht, ist die Sorge für genügend gute, reine Luft, eine ausreichende Besonnung und Staubfreiheit. Da sie die wichtigsten Faktoren des Reformbaues repräsentieren, steht und fällt mit ihrem Vorhandensein die so notwendige Umgestaltung.

Der Bedeutung entsprechend sind die Vorschläge und Maßnahmen, die das Problem lösen sollen, schon alt und zahlreich. Es scheint, daß zuerst Alberti[1]) die Wichtigkeit der guten Auswahl des Krankenhausbauplatzes nachdrücklich betont hat. Ihm galten die ausgezeichneten Hospitäler von Toscana als nachahmenswertes Muster. Sie waren an den gesundesten Plätzen errichtet; die ansteckenden Kranken waren vor der Stadt untergebracht, und im Krankenhause selbst waren die Rekonvaleszenten von den frisch Erkrankten völlig getrennt. Überhaupt standen die italienischen Krankenhäuser dieser Zeit allen anderen voran. Im Ospedale degli Incurabile in Genua, das 1420 erbaut wurde, war ein vollständiges System von Lüftungskanälen, die mit Klappen zu verschließen waren, angebracht, wodurch bei kalter Jahreszeit das Öffnen der Fenster unnötig wurde. Die italienischen Hospitäler wurden Muster für die deutschen und französischen, natürlich unter Berücksichtigung der durch das veränderte Klima bedingten Faktoren. Auch hier suchte man die allgemeinen Krankenhäuser durch die Absonderung der Genesenden zu entlasten und den letzteren bessere Bedingungen eines ungestörten Heilungsverlaufes zu geben. Am Hôpital des incurables in Paris (von Gamard 1635—1649 erbaut), das schon oben erwähnt wurde, half man sich durch Anbau gedeckter Esplanaden, die bei schlechtem Wetter den Aufenthalt im Freien ermöglichen sollten. Aikin[1]) in England wollte alle chronischen Kranken und solche, deren Heilung besonders reine und frische Luft erforderte, wozu auch die Lungenkranken rechneten, aus dem Hospital entfernt wissen und forderte unter Hinweis auf das Hospital zu Greenwich für solche Kranke einzelne Zellen und

[1]) Alberti, De re aedificatoria, Venedig 1485.

[2]) Aikin, J., Thoughts on hospitals, with a letter by T. Percival, London 1771.

kleinere Zimmer als sonst der Unterbringung dienten. Unausgesetzt tritt in der Geschichte des Krankenhauswesens die Rekonvaleszentenfürsorge hervor, und bei Gelegenheit der Stiftung von De Montyon wurde vom Conseil général sogar über die Errichtung selbständiger Rekonvaleszentenhospitäler beraten.[1]) Wenn die Pläne auch nicht ihre Verwirklichung fanden, neben der Unzulänglichkeit der Mittel aus dem sonderbaren Grunde, weil Reinlichkeit, Gesundheit und Polizei in einem von Rekonvaleszenten besetzten Hause nicht aufrecht zu erhalten seien und es zweckmäßiger sei, sie, mit Mitteln versehen, in ihre Häuslichkeit zurückzusenden, so zeigt das Beispiel doch, in welcher Bedeutung schon damals die Fürsorge für die Genesenden stand, und daß die Errichtung von Genesungshäusern, die in jüngster Zeit von neuem empfohlen wurde,[2]) keineswegs als neue Idee anzusehen ist. Napoleon III. brachte sie zuerst 1855 zu wirklicher Ausführung durch die Erbauung zweier Rekonvaleszentenhospitäler für genesende bzw. invalide gewordene Arbeiter zu Vincennes und Vésinet. Die ersten Erfahrungen waren indes wenig ermutigend. Es scheint. daß die hohen Kosten der Verbindung mit Paris daran die Hauptschuld trugen. Rekonvaleszentensäle, die in neuerer Zeit im Hospital Lariboisière in Paris zum ersten Male in Anwendung gebracht und Muster für ähnliche Einrichtungen in Frankreich, Deutschland und England geworden waren, behielten den Vorzug, bis in jüngster Zeit. veranlaßt durch die günstigen Erfahrungen, die mit den Heilstätten gemacht wurden, auf die Gründung eigentlicher Genesungshäuser zurückgegriffen wurde. Gottstein, dem das Verdienst zukommt, in einer ausgezeichneten und für viele Reformfragen unserer modernen großstädtischen Krankenhäuser grundlegenden Arbeit Normen für die städtischen Leistungen hinsichtlich der Krankenversorgung aufgestellt zu haben, ist in der Frage der Dezentralisation insofern weitergegangen,[3]) als er nicht nur die

---

[1]) Kuhn, l. c. S. 151.

[2]) Ziemssen, H. von, Ländl. Sanator. f. d. öffentl. Krankenpflege. Samml. klin. Vortr. I, 8. 28. Vortr. Leipzig 1900. Auerbach, S., Zur Reform des Krankenhauswesens in den Großstädten, Med. Reform 1905, S. 371. Gottstein, A., Erfüllt die Berliner Kommune die notw. Forder. usw., Deutsche med. Woch. 1905, S. 835 u. 874. Blumenthal, F., Medizin. Klinik 1905, S. 999. Zur Krankenhausnot in Berlin, Med. Reform 1905, S. 306.

[3]) Gottstein, A., Erfüllt die Berliner Kommune die notwendigen Forderungen auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheits- und Krankenwesens? D. med. Wochenschr. 1905, 21 u. 22.

Loslösung der Genesenden von den frisch Erkrankten befürwortet, sondern die Zweiteilung der Krankenhäuser nach dem Grade der für Luftraum, Behandlung und Versorgung nötigen Aufwendungen bemißt. „In die erste Gruppe gehörten die mit dem allergrößten Aufwand an Licht, Luft, Instrumentenschatz, Ärzte- und Wärterpersonal versorgten zentralen, auf die einzelnen Stadtteile verteilten kostspieligen Anstalten. Hier finden die Patienten mit plötzlichen Verletzungen, mit akuten inneren und chirurgischen Erkrankungen, zumal mit Infektionskrankheiten, so lange Aufnahme, innere und chirurgische Versorgung, bis sie als Rekonvaleszenten in die nach Bodenwert und Einrichtungen erheblich billigeren, in den Vororten gelegenen Rekonvaleszentenheime verlegt werden können. Alle länger dauernden Erkrankungen, wie die chronischen Herz-, Nieren- und Lungenleiden, die Knochenbrüche, Unterschenkelgeschwüre, bösartigen Neubildungen, werden überhaupt nach kurzem Durchgang durch die zentralen Anstalten in die Spezialstationen der Vororte verlegt. Hier genügt eine billigere Bauart, einfachere Ausstattung und geringeres Arzt- und Wärterpersonal.“ Ohne Zweifel würde eine derartige Lösung der Krankenhausfrage einen großen Fortschritt bedeuten, und Gottstein hat vor allem durch seine Vorschläge einen Weg gewiesen, die enormen und noch weiterwachsenden Kosten des Krankenhausbaues, ohne irgendwie in therapeutischer Hinsicht etwas zu vernachlässigen oder zu verschlechtern, ganz erheblich herabzusetzen. Andererseits ist die Frage, ob die Gottsteinschen Vorschläge eine völlige Reform, deren Notwendigkeit es ja auch anerkennt, garantieren. Verlangt Gottstein für die in zentral gelegenen Anstalten untergebrachten Kranken den allergrößten Aufwand an Licht und Luft, so liegt darin angesichts der faktischen Unmöglichkeit, diese Faktoren innerhalb der Städte zur Verfügung zu haben, schon die Forderung, weiter zu gehen. Hat sich für die Rekonvaleszenten nach übereinstimmendem Urteile die Notwendigkeit der Abänderung der alten Systeme, eine Unterbringung in außerhalb gelegene Anstalten und systematische Anwendung der physikalischen Heilfaktoren als unumgänglich erwiesen, so ist nicht einzusehen, weshalb für alle übrigen Kranken diese Forderungen zurücktreten sollen. Wenn die hohen Anforderungen der heutigen geklärten Wohnungshygiene auf die Lebensverhältnisse der ärmeren Bewohner konsequente Anwendung beanspruchen, so erst recht auf die Räume unserer Krankenanstalten. Luft und Licht sind schon für jeden Menschen die vornehmsten Bedingungen zur Erhaltung seiner Gesundheit; während

aber Gesunden nur zeitweise die Wohnräume zum Ersatz der freien Luft notwendiger Aufenthalt und Schutz sind, dienen sie in den Krankenhäusern zur dauernden Belegung kranker Menschen. Dies macht ganz andere Anforderungen zum Bedürfnis, als die, welche bisher befriedigt wurden. Durch die Raumvergrößerung wird nie und nimmer in den Städten dem völlig Rechnung getragen werden können, sondern es sind hier außergewöhnliche Maßnahmen geboten. Zwar ist man in vielen Fällen durch zweckmäßige Gestaltung der gesamten Anlage, durch sorgfältig erwogene Verteilung, Abstand und Stellung der Gebäude, Ausgestaltung der Krankenräume, ausgedehnte Anwendung von Veranden und Balkonen, den wichtigsten und dringendsten Forderungen gerecht geworden, doch ist unschwer in den Erfolgen, in der Tatsache der immer von neuem aufgetauchten Verbesserungsvorschläge, in der zunehmenden Einbeziehung der sorgsam ausgesuchten Plätze an der Peripherie der großen Städte und der Zunahme der die so gewonnenen Faktoren illusorisch machenden Industrie zu erkennen, daß die seitherigen Mittel auch bei idealer Ausgestaltung nicht ausreichen können.

Die Versuche, die klimatischen Faktoren auch auf die allgemeinen Krankenhäuser nutzbringend zu übertragen, haben schon früher den Plan auftauchen lassen, die Krankenhäuser vor die Städte in allen Anforderungen entsprechende Plätze zu verlegen und hier nach dem Muster der ländlichen Heilanstalten auszubauen. Meines Wissens hat zuerst Lejeune für die Neugestaltung des Hôtel-Dieu in Paris, das Schmerzenskind seiner Zeit, im Jahre 1748 zur Entfernung von der Stadt geraten. Der Vorschlag wurde damals, weil unpraktisch, abgelehnt. Es wurde geltend gemacht, daß in der Stadt die Verwaltung das Krankenhaus unter ihren Augen habe, daß milde Gaben wegfallen würden, wenn das Krankenhaus nicht mehr unter den Augen von ganz Paris liege und jederzeit „Gegenstand der aufgemunterten Nächstenliebe“ sei, der Transport außerordentlich erschwert sei, und der Andrang von nur Leichtkranken, wenn das Krankenhaus wie ein Landhaus gebaut sei, zu groß werden würde.[1]) Petit[2]) griff den Gedanken dennoch wieder auf: er schlug vor, nur solche Kranke in der Stadt zu lassen, die nicht transportfähig seien, alle übrigen dagegen in den eigentlichen außerhalb gelegenen Krankenhäusern unterzubringen. Wie sein Plan

[1]) Kuhn, l. c. S. 59.

[2]) Petit, A., Mém. sur la meilleure manière de constr. un hôpital de malades, Paris 1774.

aufgenommen wurde, weiß ich nicht. Von einer Verwirklichung habe ich nichts erfahren können. Tatsache ist aber, daß die Idee nicht wieder fallen gelassen wurde; denn 1864 beschloß die Société de Chirurgie zu Paris wieder, daß man, weil die Atmosphäre eines Hospitales um so reiner sei, je entfernter es von großen Volksansammlungen liege, die Hospitäler im Mittelpunkte der Städte nur auf die dringlichsten Fälle beschränken solle, sowie auf die zum Unterrichte benötigten Kranken. Diese Maßregel der Salubrität, die zugleich eine solche der Ökonomie sei, so hieß es, gestatte den großen Städten, wie Paris, ihre Hospitäler auf ausgedehnten, wenig kostspieligen Grundstücken zu errichten.[1]) Von Tenon rührt ein ähnlicher Vorschlag her, und 1832 wurden von Gau Projekte ausgearbeitet, die beim Neubau des Hôtel-Dieu in Paris die Idee in die Praxis umsetzen sollten.[2]) Auch in dem Entwurf von Felix war die Anlage von bloßen Konsultationssälen in der Stadt, Ambulanzenverbindung derselben mit den eigentlichen Krankenanstalten, die draußen vor der Stadt in gärtnerischer Umgebung anzulegen seien, sowie gleichzeitige, davon unabhängige Errichtung von Rekonvaleszentenasylen, vorgesehen. Diese Pläne mußten scheitern, da die schlechte Ausbildung des Transportwesens notwendig die Beförderung Schwerkranker mit großen Schäden für deren Gesundheit verband. Dies ist m. E. der einzige Grund, denn die übrigen geltend gemachten Bedenken, die z. T. oben schon Erwähnung fanden, haben sich, wie die Geschichte der deutschen Heilstättenbewegung lehrt, als sehr wenig stichhaltig erwiesen. Aber sind diese Schwierigkeiten noch heute vorhanden? Ich glaube nicht. Gerade in letzter Zeit hat unser städtisches Krankentransportwesen, die großen Fortschritte der Technik begleitend, eine solche Vervollkommnung erfahren, daß auch für die weitesten Transporte keinerlei Nachteil den Kranken erwachsen kann. So scheint der Zeitpunkt gekommen, die früheren Ideen wieder aufzugreifen und sich nicht bei der notwendig werdenden Errichtung neuer Krankenbauten an die Peripherie der Städte zu halten, wie es in Hamburg, Nürnberg und Berlin geschehen ist. Dort fehlen alle Bedingungen, die aus guten Gründen, nach dem heutigen Stande unseres ärztlichen Wissens und der Erfahrung von Jahrhunderten und besonders der jüngsten Zeit an die Güte eines Krankenhausplatzes

[1]) Kuhn, l. c. S. 179.

[2]) Gruber, Fr., Neuere Krankenhäuser. Wien 1879. S. 11.

gestellt werden müssen.[1]) Die Krankenhäuser gehören weiter weg, in Gegenden, welche, dem Einfluß der Schäden großer Volksansammlungen entzogen, in waldiger Umgebung, womöglich in erhöhter Lage, den Strömungen der Luft frei ausgesetzt, jedoch in jeder Hinsicht geschützt, die günstigeren Heilerfolge der Sanatorien und übrigen Heilstätten dem allgemeinen Krankenhause in seinem ganzen Umfange zugute kommen lassen. Die unumgänglichen Mehrkosten, die der Transport, der Bahnbau, die dann selbstverständlich sorgfältigste Ausbildung, Überwachung und Anpassung an die gegebenen Verhältnisse erfordern, sowie die Weiterentwicklung der über die Stadt verteilten Stationen für die erste Hilfe, die allein die Aufnahme zu vermitteln hätten, notwendig machen, werden durch die billigere Erwerbung der neuen Gelände, die Möglichkeit eventuell später bequem Vergrößerungen vorzunehmen, die Ersparung der nachherigen Umlegung der Kranken in gesonderte Genesungshäuser, und hauptsächlich die therapeutischen Mehrerfolge reichlich gedeckt. Machen wir uns doch klar, was heute die Therapie bedeutet! Weder ist heute das Krankenhaus mehr das Material für die diagnostische Kunst der Ärzte, noch ein Heim aus ethischen Rücksichten Linderung von Schmerz und körperlichen Schäden verlangender Kranken, sondern im wesentlichen eine Einrichtung zur möglichst schnellen und guten Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, wie sie von ökonomischen Grundsätzen als Konsequenz der neuzeitlichen Ausgestaltung unserer sozialen Anschauungen und des Fortschrittes des Versicherungswesens diktiert wird. In der Tat ist dieser Umschwung an der Medizin deutlich erkennbar, es sei nur an die Therapie der Chirurgen, besonders die Orthopädie erinnert. Die innere Medizin hat ohne Zweifel sich den neuen Anforderungen am wenigsten gewachsen gezeigt; denn weshalb sind die zahlreichen Heilstätten für die Lungenkranken, die Nervenkranken unter der besonderen Mitarbeit der Versicherungsanstalten abgetrennt worden — doch nur, weil in den allgemeinen Krankenhäusern die Bedingungen, welche die heutige Therapie verlangt, fehlen. Die Zersplitterung wird noch weitergehen, jedenfalls zum Schaden der inneren Medizin, und die Nachteile mit sich

[1]) „Unsere öffentliche Krankenpflege entspricht weder den Anforderungen einer wohlverstandenen psychischen Behandlung, welcher der Ärmere genau so zugänglich ist, als der Wohlsituierte, noch den Anforderungen der modernen physikalischen Therapie.“ H. von Ziemssen, Ländl. Sanat. f. d. öff. Krankenpflege. Samml. klin. Vortr. I. 8. 28. Vortr. Leipzig 1900, S. 4.

ziehen, auf die in jüngster Zeit Fr. Schultze[1]) in überzeugender Weise hingewiesen hat. So ergibt sich konsequenterweise die Forderung, dem Verlangen nach einer gesunden Ausgestaltung der allgemeinen Krankenhäuser jetzt schon, wo die Technik alle Mittel dazu an die Hand gibt, Rechnung zu tragen und dadurch beizeiten den Zusammenhang wiederzugewinnen. Mit der größeren Bedeutung des Endzweckes der Krankenhäuser wachsen naturgemäß und billigerweise die Anforderungen, welche Bau und Unterhaltung stellen. Ein Krankenhaus muß aber, wenn es vom Staate oder der Stadt organisiert wird, wirklich in vollendeter Weise seinen Zweck erfüllen, da es sonst rechnerisch einen Fehler bedeutet. Dies letztere zu vermeiden durch Herstellung von gerade nur für ihren besonderen Zweck eingerichteten und größtmögliche Erfolge deshalb garantierenden Wohlfahrtsanstalten ist aber mit Recht jetzt Prinzip vieler städtischen Verwaltungen geworden.

---

[1]) Schultze, Fr., Neuropathologie und innere Medizin, Münch. med. Wochenschr. 1904, S. 1301.

Die Gründung einer Gesellschaft für Arbeiterversicherung.

Von Stadtrat H. von Frankenberg, Braunschweig.

Vor kurzem ist von mir im „Reformblatt für Arbeiterversicherung“[1]) ein Vorschlag gemacht, an den sich alsbald eine lebhafte Erörterung in der Fachpresse, in Vereinen und Versammlungen geschlossen hat. Es handelt sich darum, die verschiedenen Gruppen, die sich heute mit Fragen der Arbeiterversicherung aus Standes-, Berufs- oder sonstigem Interesse beschäftigen, einander näher zu bringen und ihnen Gelegenheit zu ruhigem, sachlichem Meinungsaustausche zu geben, während es gegenwärtig meistens an der Möglichkeit zu wiederkehrenden, der Gesamtheit dienenden Erörterungen dieser Art fehlt. Ich habe deshalb empfohlen, eine Gesellschaft für Arbeiterversicherung ins Leben zu rufen. Ursprünglich ging ich dabei von dem Gedanken aus, daß bei der in allen Kulturländern fortschreitenden sozialen Fürsorge der Wirkungskreis der Gesellschaft entsprechend weit abzustecken, daß ihr also ein internationales Tätigkeitsfeld zu erschließen sei. Je mehr Anklang aber in Deutschland selbst die Idee der Schaffung einer solchen Gesellschaft fand, desto mehr habe ich mich davon überzeugt, wieviel unter Beschränkung auf das Reichsgebiet für die neue Veranstaltung zu tun sein wird, und wie unzweckmäßig es wäre, statt der entschiedenen, zielbewußten Förderung des Nächstliegenden einem entfernten, in seiner Verwirklichung kaum zu übersehenden Ideale nachzustreben: mit anderen Worten, aus der internationalen ist eine nationale, eine deutsche Gesellschaft für Arbeiterversicherung geworden, deren Aufbau im Laufe der nächsten

[1]) Nr. 15 des 1. Jahrgangs S. 169 ff.

Monate in den einzelnen Teilen unseres Vaterlandes in Angriff genommen werden soll. Die Angliederung an das internationale „comité permanent des accidents de travail et des assurances sociales“, das bekanntlich von Paris aus seine Verbindungen nach allen Staaten hin angeknüpft hat, wird selbstverständlich ins Auge zu fassen sein. Es ergibt sich indes aus der inzwischen am 6. Februar d. J. im Reichstage erfolgten Ankündigung des Grafen Dr. von Posadowsky, nach welcher gegen Ende des Jahres 1907 im Reichsamte des Innern der Entwurf eines Gesetzes betreffs der einheitlicheren Gestaltung der Kranken-, der Unfall- und der Invalidenversicherung zu erwarten ist, für alle Freunde der Arbeiterversicherung die Pflicht, beizeiten zu der Reformfrage Stellung zu nehmen. Dabei kann man natürlich nach der leidigen Gewohnheit verfahren, daß jede Gruppe getrennt für sich vorgeht, um möglichst viel, was sie von ihrem Standpunkte aus als wertvoll und unentbehrlich ansieht, aus dem Verschmelzungsprozeß heraus zu retten, auf die Gefahr hin, daß dadurch die ganze Frage der Umgestaltung verneint oder erst in weit späterer Zeit beantwortet wird. Es wäre sehr zu bedauern, wenn diese Art der Geschäftsbehandlung ausschließlich maßgebend wäre. Auf den Plan sind selbstverständlich schon die Krankenkassen, die Berufsgenossenschaften, die Vorstände der Landesversicherungsanstalten und die Ärzte getreten; das ist ja ihr gutes Recht, und es liegt mir fern, durch die Befürwortung der Gesellschaft sie daran hindern zu wollen. Wohl aber halte ich es für wichtig, neben diese einzelnen Gruppen eine Vereinigung zu stellen, in der die Vertreter aller der mannigfachen Sonderwünsche Sitz und Stimme haben, und im Schoße der so zusammengesetzten Körperschaft eine Verständigung über gewisse Hauptpunkte anzubahnen, die bei der Reform Berücksichtigung verdienen, beispielsweise über die Abgrenzung des Kreises der versicherungspflichtigen und -berechtigten Personen, über die Art der Beitragserhebung, über das Verfahren bei der Geltendmachung, Prüfung und Erledigung von Ansprüchen, über die zweckmäßigste Methode der Zuziehung ärztlicher Sachverständiger zur Begutachtung derartiger Ansprüche und der übrigen versicherungsrechtlichen Fragen (Verhütung von Unfällen und allmählich entstehenden, durch den Betrieb beeinflußten sog. Gewerbekrankheiten usw.). Es ist bei der Eigenart der menschlichen Naturen nicht anzunehmen, daß Einstimmigkeit der Anschauungen über alle die aufgeführten Streitpunkte erzielt werden wird — die Quadratur des Zirkels wird auch die neue Gesellschaft nicht

zu lösen imstande sein, es erscheint indes gewiß nicht zu kühn, wenn man damit rechnet, daß eine Reihe von Mißverständnissen und Spannungen, die zwischen dieser und jener Gruppe der Beteiligten bestehen, durch das Zusammentreffen auf dem neutralen Boden aus dem Wege geräumt werden können. Solange dieser neutrale Boden nicht geschaffen ist, trägt begreiflicherweise jede Partei Bedenken, der anderen entgegenzukommen, sie fürchtet, es werde ihr ein derartiger Schritt als Schwäche, als falsche Nachgiebigkeit ausgelegt werden, und während es leicht wäre, bei einigem guten Willen in gemeinsamer Arbeit etwas Ersprießliches zustande zu bringen, scheitert jetzt mancher Plan an der Unmöglichkeit, einen ehrenvollen modus vivendi zwischen den Parteien herzustellen. Ist aber erst der Bann gebrochen, und hat man durch die Gelegenheit, in den Verhandlungen der Gesellschaft sich ohne Schärfe, doch auch ohne Scheu gegenseitig auszusprechen, einen Mittelpunkt für die Erörterung versicherungsrechtlicher Fragen gewonnen, dann wird nicht nur dem Reformwerk, sondern überhaupt jeder Verbesserung, die auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung möglich ist, die Bahn frei gemacht sein. Nichts ist besser dazu geeignet, die Achtung vor dem ehrlichen Gegner zu haben und zu unterstützen, als das Zusammenarbeiten mit ihm an gemeinsamen Aufgaben. Das hat die Tätigkeit der paritätischen Kommissionen, Ausschüsse, Schiedsgerichte und Gewerbegerichte in den verflossenen Jahren genügsam bewiesen, und derselbe gute Erfolg wird sich bei den Beratungen der Gesellschaft alsbald zeigen.

Das Vorgehen betreffs der Gründung der Vereinigung ist so geplant, daß zunächst in einer möglichst großen Zahl von Städten Ortsgruppen der Gesellschaft für Arbeiterversicherung ins Leben gerufen werden sollen, damit man auf diese Weise den Unterbau für eine das ganze Reich umfassende, auf Wanderversammlungen alljährlich tagende Körperschaft gewinnt. In erster Reihe kommen diejenigen Städte in Betracht, in welcher Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung bestehen: durch die Persönlichkeit des Schiedsgerichtsvorsitzenden kann Fühlung mit den beteiligten Beisitzern aus den Arbeitgeber- und den Arbeiterkreisen genommen werden, die Vertrauensärzte des Schiedsgerichts werden gleichfalls der Angelegenheit Interesse entgegenbringen, da sie durch ihre berufliche Tätigkeit einen Einblick in die Mängel und Lücken der Fürsorgegesetzgebung erhalten, und aus den Kreisen der Verwaltungsbehörden, der Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten, der Ärzte und Richter ist manche wertvolle

Anregung für die Verhandlungen der Gesellschaft zu erhoffen. Die Satzungen der Ortsgruppen brauchen nicht notwendig miteinander in genauer Übereinstimmung zu stehen. Die Frage des Stimmrechts der Körperschaften, die als solche der Vereinigung beigetreten sind, ist so eigenartig, daß eine schablonenmäßige Beantwortung wohl kaum durchführbar ist. Wenn nun auch durch die Aufstellung von Musterstatuten darauf hingewirkt werden kann, daß eine gewisse Gleichmäßigkeit in den grundlegenden Bestimmungen beobachtet wird, so ist nicht einzusehen, welcher Nachteil aus etwaigen Abweichungen sich ergeben sollte. Die Fassung rechtsverbindlicher Beschlüsse der Gesamtvertretung innerhalb des Reiches ist nicht so wesentlich, als die Schaffung von fortdauernden örtlichen Stellen, die den Verkehr und den Gedankenaustausch zwischen den verschiedenen Interessenten vermitteln. Es gibt wenige Städte, in denen bisher schon etwas Ähnliches vorhanden war, und deshalb ist es sehr begreiflich, daß der Vorschlag soviel Zustimmung gefunden hat. Möge es gelingen, den Gedanken bald in die Tat umzusetzen, zum Nutzen aller derer, denen die Arbeiterversicherung gilt, zum Segen aber auch für diejenigen, welche dazu berufen sind, als Beamte, als Sachverständige oder als ehrenamtliche Vertreter bei der Durchführung des Fürsorgewerkes mitzuwirken!

Das preußische Gesetz, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 28. August 1905

unter Berücksichtigung des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900.

Von Dr. FRANZ NESEMANN,
Regierungs- und Medizinalrat in Berlin.

(Fortsetzung.)

Zunächst möge im folgenden der Wortlaut des Reichsseuchengesetzes wiedergegeben werden, der für das Verständnis des preußischen Gesetzes unerläßlich ist:

Gesetz betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten. Vom 30. Juni 1900.

Wir Wilhelm, von Gottes Gnaden Deutscher Kaiser, König von Preußen etc.

verordnen im Namen des Reichs, nach erfolgter Zustimmung des Bundesrats und des Reichstags, was folgt:

Anzeigepflicht.

§ 1.

Jede Erkrankung und jeder Todesfall an

Aussatz (Lepra), Cholera (asiatischer), Fleckfieber (Flecktyphus), Gelbfieber, Pest (orientalischer Beulenpest), Pocken (Blattern),

sowie jeder Fall, welcher den Verdacht einer dieser Krankheiten erweckt, ist der für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständigen Polizeibehörde unverzüglich anzuzeigen.

Wechselt der Erkrankte den Aufenthaltsort, so ist dies unverzüglich bei der Polizeibehörde des bisherigen und des neuen Aufenthaltsorts zur Anzeige zu bringen.

§ 2.

Zur Anzeige sind verpflichtet:

1. der zugezogene Arzt,
2. der Haushaltungsvorstand,
3. jede sonst mit der Behandlung oder Pflege des Erkrankten beschäftigte Person,



4. derjenige, in dessen Wohnung oder Behausung der Erkrankungs- oder Todesfall sich ereignet hat,
5. der Leichenschauer.

Die Verpflichtung der unter Nr. 2 bis 5 genannten Personen tritt nur dann ein, wenn ein früher genannter Verpflichteter nicht vorhanden ist.

§ 3.

Für Krankheits- und Todesfälle, welche sich in öffentlichen Kranken-, Entbindungs-, Pflege-, Gefangenen- und ähnlichen Anstalten ereignen. ist der Vorsteher der Anstalt oder die von der zuständigen Stelle damit beauftragte Person ausschließlich zur Erstattung der Anzeige verpflichtet.

Auf Schiffen oder Flößen gilt als der zur Erstattung der Anzeige verpflichtete Haushaltungsvorstand der Schiffer oder Floßführer oder deren Stellvertreter. Der Bundesrat ist ermächtigt, Bestimmungen darüber zu erlassen, an wen bei Krankheits- und Todesfällen, welche auf Schiffen oder Flößen vorkommen, die Anzeige zu erstatten ist.

§ 4.

Die Anzeige kann mündlich oder schriftlich erstattet werden. Die Polizeibehörden haben auf Verlangen Meldekarten für schriftliche Anzeigen unentgeltlich zu verabfolgen.

§ 5.

Landesrechtliche Bestimmungen, welche eine weitergehende Anzeigepflicht begründen, werden durch dieses Gesetz nicht berührt.

Durch Beschluß des Bundesrats können die Vorschriften über die Anzeigepflicht (§§ 1 bis 4) auf andere als die im § 1 Abs. 1 genannten übertragbaren Krankheiten ausgedehnt werden.

Ermittelung der Krankheit.

§ 6.

Die Polizeibehörde muß, sobald sie von dem Ausbruch oder dem Verdachte des Auftretens einer der im § 1 Abs. 1 genannten Krankheiten (gemeingefährliche Krankheiten) Kenntnis erhält, den zuständigen beamteten Arzt benachrichtigen. Dieser hat alsdann unverzüglich an Ort und Stelle Ermittelungen über die Art, den Stand und die Ursache der Krankheit vorzunehmen und der Polizeibehörde eine Erklärung darüber abzugeben, ob der Ausbruch der Krankheit festgestellt oder der Verdacht des Ausbruchs begründet ist. In Notfällen kann der beamtete Arzt die Ermittelung auch vornehmen, ohne daß ihm eine Nachricht der Polizeibehörde zugegangen ist.

In Ortschaften mit mehr als 10000 Einwohnern ist nach den Bestimmungen des Abs. 1 auch dann zu verfahren, wenn Erkrankungs- oder Todesfälle in einem räumlich abgegrenzten Teile der Ortschaft, welcher von der Krankheit bis dahin verschont geblieben war, vorkommen.

Die höhere Verwaltungsbehörde kann Ermittelungen über jeden einzelnen Krankheits- oder Todesfall anordnen. Solange eine solche Anordnung nicht getroffen ist, sind nach der ersten Feststellung der Krankheit von dem beamteten Arzte Ermittelungen nur im Einverständnisse mit der unteren Verwaltungsbehörde und nur insoweit vorzunehmen, als dies erforderlich ist, um die Ausbreitung der Krankheit örtlich und zeitlich zu verfolgen.

§ 7.

Dem beamteten Arzte ist, soweit er es zur Feststellung der Krankheit für erforderlich und ohne Schädigung des Kranken für zulässig hält, der Zutritt zu dem Kranken oder zur Leiche und die Vornahme der zu den Ermittelungen über die Krankheit erforderlichen Untersuchungen zu gestatten. Auch kann bei Cholera-, Gelbfieber- und Pestverdacht eine Öffnung der Leiche polizeilich angeordnet werden, insoweit der beamtete Arzt dies zur Feststellung der Krankheit für erforderlich hält.

Der behandelnde Arzt ist berechtigt, den Untersuchungen, insbesondere auch der Leichenöffnung beizuwohnen.

Die in §§ 2 und 3 aufgeführten Personen sind verpflichtet, über alle für die Entstehung und den Verlauf der Krankheit wichtigen Umstände dem beamteten Arzte und der zuständigen Behörde auf Befragen Auskunft zu erteilen.

§ 8.

Ist nach dem Gutachten des beamteten Arztes der Ausbruch der Krankheit festgestellt oder der Verdacht des Ausbruchs begründet, so hat die Polizeibehörde unverzüglich die erforderlichen Schutzmaßregeln zu treffen.

§ 9.

Bei Gefahr im Verzuge kann der beamtete Arzt schon vor dem Einschreiten der Polizeibehörde die zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit zunächst erforderlichen Maßregeln anordnen. Der Vorsteher der Ortschaft hat den von dem beamteten Arzte getroffenen Anordnungen Folge zu leisten. Von den Anordnungen hat der beamtete Arzt der Polizeibehörde sofort schriftliche Mitteilung zu machen; sie bleiben so lange in Kraft, bis von der zuständigen Behörde anderweite Verfügung getroffen wird.

§ 10.

Für Ortschaften und Bezirke, welche von einer gemeingefährlichen Krankheit befallen oder bedroht sind, kann durch die zuständige Behörde angeordnet werden, daß jede Leiche vor der Bestattung einer amtlichen Besichtigung (Leichenschau) zu unterwerfen ist.

Schutzmaßregeln.

§ 11.

Zur Verhütung der Verbreitung der gemeingefährlichen Krankheiten können für die Dauer der Krankheitsgefahr Absperrungs- und Aufsichtsmaßregeln nach Maßgabe der §§ 12 bis 21 polizeilich angeordnet werden.

Die Anfechtung der Anordnungen hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 12.

Kranke und krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen können einer Beobachtung unterworfen werden. Eine Beschränkung in der Wahl des Aufenthalts oder der Arbeitsstätte ist zu diesem Zwecke nur bei Personen zulässig, welche obdachlos oder ohne festen Wohnsitz sind oder berufs- oder gewohnheitsmäßig umherziehen.

§ 13.

Die höhere Verwaltungsbehörde kann für den Umfang ihres Bezirkes oder für Teile desselben anordnen, daß zureisende Personen, sofern sie sich innerhalb einer zu bestimmenden Frist vor ihrer Ankunft in Ortschaften oder Bezirken aufgehalten haben, in welchen eine gemeingefährliche Krankheit ausgebrochen ist, nach ihrer Ankunft der Ortspolizeibehörde zu melden sind.

§ 14.

Für kranke und krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen kann eine Absonderung angeordnet werden.

Die Absonderung kranker Personen hat derart zu erfolgen, daß der Kranke mit anderen als den zu seiner Pflege bestimmten Personen, dem Arzte oder dem Seelsorger nicht in Berührung kommt und eine Verbreitung der Krankheit tunlichst ausgeschlossen ist. Angehörigen und Urkundspersonen ist, insoweit es zur Erledigung wichtiger und dringender Angelegenheit geboten ist, der Zutritt zu dem Kranken unter Beobachtung der erforderlichen Maßregeln gegen eine Weiterverbreitung der Krankheit gestattet. Werden auf Erfordern der Polizeibehörde in der Behausung des Kranken die nach dem Gutachten des beamteten Arztes zum Zwecke der Absonderung notwendigen Einrichtungen nicht getroffen, so kann, falls der beamtete Arzt es für unerläßlich und der behandelnde Arzt es ohne Schädigung des Kranken für zulässig erklärt, die Überführung des Kranken in ein geeignetes Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum angeordnet werden.

Auf die Absonderung krankheits- oder ansteckungsverdächtiger Personen finden die Bestimmungen des Abs. 2 sinngemäße Anwendung. Jedoch dürfen krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen nicht in demselben Raume mit kranken Personen untergebracht werden. Ansteckungsverdächtige Personen dürfen in demselben Raume mit krankheitsverdächtigen Personen nur untergebracht werden, soweit der beamtete Arzt es für zulässig hält.

Wohnungen oder Häuser, in welchen erkrankte Personen sich befinden, können kenntlich gemacht werden.

Für das berufsmäßige Pflegepersonal können Verkehrsbeschränkungen angeordnet werden.

§ 15.

Die Landesbehörden sind befugt, für Ortschaften und Bezirke, welche von einer gemeingefährlichen Krankheit befallen oder bedroht sind,

1. hinsichtlich der gewerbsmäßigen Herstellung, Behandlung und Aufbewahrung sowie hinsichtlich des Vertriebs von Gegenständen, welche geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, eine gesundheitspolizeiliche Überwachung und die zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit erforderlichen Maßregeln anzuordnen; die Ausfuhr von Gegenständen der bezeichneten Art darf aber nur für Ortschaften verboten werden, in denen Cholera, Fleckfieber, Pest oder Pocken ausgebrochen sind,
2. Gegenstände der in Nr. 1 bezeichneten Art vom Gewerbebetrieb im Umherziehen auszuschließen,
3. die Abhaltung von Märkten, Messen und anderen Veranstaltungen, welche eine Ansammlung größerer Menschenmengen mit sich bringen, zu verbieten oder zu beschränken,
4. die in der Schiffahrt, der Flößerei oder sonstigen Transportbetrieben beschäftigten Personen einer gesundheitspolizeilichen Überwachung zu unterwerfen und kranke, krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen sowie Gegenstände, von denen anzunehmen ist, daß sie mit dem Krankheitsstoffe behaftet sind, von der Beförderung auszuschließen,
5. den Schiffahrts- und Flößereiverkehr auf bestimmte Tageszeiten zu beschränken.

§ 16.

Jugendliche Personen aus Behausungen, in denen Erkrankungen vorgekommen sind, können zeitweilig vom Schul- und Unterrichtsbesuche ferngehalten werden. Hinsichtlich der sonstigen für die Schulen anzuordnenden Schutzmaßregeln bewendet es bei den landesrechtlichen Bestimmungen.

§ 17.

In Ortschaften, welche von Cholera, Fleckfieber, Pest oder Pocken befallen oder bedroht sind, sowie in deren Umgegend kann die Benutzung von Brunnen, Teichen, Seen, Wasserläufen, Wasserleitungen, sowie der dem öffentlichen Gebrauche dienenden Bade-, Schwimm-, Wasch- und Bedürfnisanstalten verboten oder beschränkt werden.

§ 18.

Die gänzliche oder teilweise Räumung von Wohnungen und Gebäuden, in denen Erkrankungen vorgekommen sind, kann, insoweit der beamtete Arzt es zur wirksamen Bekämpfung der Krankheit für unerläßlich erklärt, angeordnet werden. Den betroffenen Bewohnern ist anderweit geeignete Unterkunft unentgeltlich zu bieten.

§ 19.

Für Gegenstände und Räume, von denen anzunehmen ist, daß sie mit dem Krankheitsstoffe behaftet sind, kann eine Desinfektion angeordnet werden.

Für Reisegepäck und Handelswaren ist bei Aussatz, Cholera und Gelbfieber die Anordnung der Desinfektion nur dann zulässig, wenn die Annahme, daß die Gegenstände mit dem Krankheitsstoffe behaftet sind, durch besondere Umstände begründet ist.

Ist die Desinfektion nicht ausführbar oder im Verhältnisse zum Werte der Gegenstände zu kostspielig, so kann die Vernichtung angeordnet werden.

§ 20.

Zum Schutze gegen Pest können Maßregeln zur Vertilgung und Fernhaltung von Ratten, Mäusen und anderem Ungeziefer angeordnet werden.

§ 21.

Für die Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung der Leichen von Personen, welche an einer gemeingefährlichen Krankheit gestorben sind, können besondere Vorsichtsmaßregeln angeordnet werden.

§ 22.

Die Bestimmungen über die Ausführung der in den §§ 12 bis 21 vorgesehenen Schutzmaßregeln, insbesondere der Desinfektion, werden vom Bundesrat erlassen.

§ 23.

Die zuständige Landesbehörde kann die Gemeinden oder die weiteren Kommunalverbände dazu anhalten, diejenigen Einrichtungen, welche zur Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten notwendig sind, zu treffen. Wegen Aufbringung der erforderlichen Kosten findet die Bestimmung des § 37 Abs. 2 Anwendung.

§ 24.

Zur Verhütung der Einschleppung der gemeingefährlichen Krankheiten aus dem Auslande kann der Einlaß der Seeschiffe von der Erfüllung gesundheitspolizeilicher Vorschriften abhängig gemacht sowie

1. der Einlaß anderer dem Personen- oder Frachtverkehre dienenden Fahrzeuge,



2. die Ein- und Durchfuhr von Waren und Gebrauchsgegenständen,
3. der Eintritt und die Beförderung von Personen, welche aus dem von der Krankheit befallenen Lande kommen,

verboten oder beschränkt werden.

Der Bundesrat ist ermächtigt, Vorschriften über die hiernach zu treffenden Maßregeln zu beschließen. Soweit sich diese Vorschriften auf die gesundheitspolizeiliche Überwachung der Seeschiffe beziehen, können sie auf den Schiffsverkehr zwischen deutschen Häfen erstreckt werden.

§ 25.

Wenn eine gemeingefährliche Krankheit im Auslande oder im Küstengebiete des Reichs ausgebrochen ist, so bestimmt der Reichskanzler oder für das Gebiet des zunächst bedrohten Bundesstaats im Einvernehmen mit dem Reichskanzler die Landesregierung, wann und in welchem Umfange die gemäß § 24 Abs. 2 erlassenen Vorschriften in Vollzug zu setzen sind.

§ 26.

Der Bundesrat ist ermächtigt, Vorschriften über die Ausstellung von Gesundheitspässen für die aus deutschen Häfen ausgehenden Seeschiffe zu beschließen.

§ 27.

Der Bundesrat ist ermächtigt, über die bei der Ausführung wissenschaftlicher Arbeiten mit Krankheitserregern zu beobachtenden Vorsichtsmaßregeln sowie über den Verkehr mit Krankheitserregern und deren Aufbewahrung Vorschriften zu erlassen.

Entschädigungen.

§ 28.

Personen, welche der Invalidenversicherung unterliegen, haben für die Zeit, während der sie auf Grund des § 12 in der Wahl des Aufenthalts oder der Arbeitsstätte beschränkt oder auf Grund des § 14 abgesondert sind, Anspruch auf eine Entschädigung wegen des ihnen dadurch entgangenen Arbeitsverdienstes, bei deren Berechnung als Tagesarbeitsverdienst der dreihundertste Teil des für die Invalidenversicherung maßgebenden Jahresarbeitsverdienstes zugrunde zu legen ist.

Dieser Anspruch fällt weg, insoweit auf Grund einer auf gesetzlicher Verpflichtung beruhenden Versicherung wegen einer mit Erwerbsunfähigkeit verbundenen Krankheit Unterstützung gewährt wird oder wenn eine Verpflegung auf öffentliche Kosten stattfindet.

§ 29.

Für Gegenstände, welche infolge einer nach Maßgabe dieses Gesetzes polizeilich angeordneten und überwachten Desinfektion derart beschädigt worden sind, daß sie zu ihrem bestimmungsmäßigen Gebrauche nicht weiter verwendet werden können, oder welche auf polizeiliche Anordnung vernichtet worden sind, ist, vorbehaltlich der in §§ 32 und 33 angegebenen Ausnahmen, auf Antrag Entschädigung zu gewähren.

§ 30.

Als Entschädigung soll der gemeine Wert des Gegenstandes gewährt werden ohne Rücksicht auf die Minderung des Wertes, welche sich aus der Annahme ergibt, daß der Gegenstand mit Krankheitsstoff behaftet sei. Wird der Gegenstand nur beschädigt oder teilweise vernichtet, so ist der verbleibende Wert auf die Entschädigung anzurechnen.

§ 31.

Die Entschädigung wird, sofern ein anderer Berechtigter nicht bekannt ist, demjenigen gezahlt, in dessen Gewahrsam sich der beschädigte oder vernichtete Gegenstand zur Zeit der Desinfektion befand. Mit dieser Zahlung erlischt jede Entschädigungsverpflichtung aus § 29.

§ 32.

Eine Entschädigung auf Grund dieses Gesetzes wird nicht gewährt:

1. für Gegenstände, welche im Eigentume des Reichs, eines Bundesstaats oder einer kommunalen Körperschaft sich befinden;
2. für Gegenstände, welche entgegen einem auf Grund des § 15 Nr. 1 oder des § 24 erlassenen Verbot aus- oder eingeführt worden sind.

§ 33.

Der Anspruch auf Entschädigung fällt weg:

1. wenn derjenige, welchem die Entschädigung zustehen würde, die beschädigten oder vernichteten Gegenstände oder einzelne derselben an sich gebracht hat, obwohl er wußte oder den Umständen nach annehmen mußte, daß dieselben bereits mit dem Krankheitsstoffe behaftet oder auf polizeiliche Anordnung zu desinfizieren waren;
2. wenn derjenige, welchem die Entschädigung zustehen würde oder in dessen Gewahrsam die beschädigten oder vernichteten Gegenstände sich befanden, zu der Desinfektion durch eine Zuwiderhandlung gegen dieses Gesetz oder eine auf Grund desselben getroffene Anordnung Veranlassung gegeben hat.

§ 34.

Die Kosten der Entschädigungen sind aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten. Im übrigen bleibt der landesrechtlichen Regelung vorbehalten, Bestimmungen darüber zu treffen:

1. von wem die Entschädigung zu gewähren und wie dieselbe aufzubringen ist,
2. binnen welcher Frist der Entschädigungsanspruch geltend zu machen ist,
3. wie die Entschädigung zu ermitteln und festzustellen ist.

Allgemeine Vorschriften.

§ 35.

Die dem allgemeinen Gebrauche dienenden Einrichtungen für Versorgung mit Trink- oder Wirtschaftswasser und für Fortschaffung der Abfallstoffe sind fortlaufend durch staatliche Beamte zu überwachen.

Die Gemeinden sind verpflichtet, für die Beseitigung der vorgefundenen gesundheitsgefährlichen Mißstände Sorge zu tragen. Sie können nach Maßgabe ihrer Leistungsfähigkeit zur Herstellung von Einrichtungen der im Abs. 1 bezeichneten Art, sofern dieselben zum Schutze gegen übertragbare Krankheiten erforderlich sind, jederzeit angehalten werden.

Das Verfahren, in welchem über die hiernach gegen die Gemeinden zulässigen Anordnungen zu entscheiden ist, richtet sich nach Landesrecht.

§ 36.

Beamtete Ärzte im Sinne dieses Gesetzes sind Ärzte, welche vom Staate angestellt sind oder deren Anstellung mit Zustimmung des Staates erfolgt ist.

An Stelle der beamteten Ärzte können im Falle ihrer Behinderung oder aus sonstigen dringenden Gründen andere Ärzte zugezogen werden. Innerhalb des von ihnen übernommenen Auftrags gelten die letzteren als beamtete Ärzte



und sind befugt und verpflichtet, diejenigen Amtsverrichtungen wahrzunehmen, welche in diesem Gesetz oder in den hierzu ergangenen Ausführungsbestimmungen den beamteten Ärzten übertragen sind.

§ 37.

Die Anordnung und Leitung der Abwehr- und Unterdrückungsmaßregeln liegt den Landesregierungen und deren Organen ob.

Die Zuständigkeit der Behörden und die Aufbringung der entstehenden Kosten regelt sich nach Landesrecht.

Die Kosten der auf Grund des § 6 angestellten behördlichen Ermittlungen, der Beobachtung in den Fällen des § 12, ferner auf Antrag die Kosten der auf Grund des § 19 polizeilich angeordneten und überwachten Desinfektion und der auf Grund des § 21 angeordneten besonderen Vorsichtsmaßregeln für die Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung der Leichen sind aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten.

Die Landesregierungen bestimmen, welche Körperschaften unter der Bezeichnung Gemeinde, weiterer Kommunalverband und kommunale Körperschaft zu verstehen sind.

§ 38.

Die Behörden der Bundesstaaten sind verpflichtet, sich bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten gegenseitig zu unterstützen.

§ 39.

Die Ausführung der nach Maßgabe dieses Gesetzes zu ergreifenden Schutzmaßregeln liegt, insoweit davon

1. dem aktiven Heere oder der aktiven Marine angehörende Militärpersonen,
2. Personen, welche in militärischen Dienstgebäuden oder auf den zur Kaiserlichen Marine gehörigen oder von ihr gemieteten Schiffen und Fahrzeugen untergebracht sind,
3. marschierende oder auf dem Transporte befindliche Militärpersonen und Truppenteile des Heeres und der Marine sowie die Ausrüstungs- und Gebrauchsgegenstände derselben,
4. ausschließlich von der Militär- oder Marineverwaltung benutzte Grundstücke und Einrichtungen

betroffen werden, den Militär- und Marinebehörden ob.

Auf Truppenübungen finden die nach diesem Gesetze zulässigen Verkehrsbeschränkungen keine Anwendung.

Der Bundesrat hat darüber Bestimmung zu treffen, inwieweit von dem Auftreten des Verdachts und von dem Ausbruch einer übertragbaren Krankheit sowie von dem Verlauf und dem Erlöschen der Krankheit sich die Militär- und Polizeibehörden gegenseitig in Kenntnis zu setzen haben.

§ 40.

Für den Eisenbahn-, Post- und Telegraphenverkehr sowie für Schiffahrtsbetriebe, welche im Anschluß an den Eisenbahnverkehr geführt werden und der staatlichen Eisenbahnaufsichtsbehörde unterstellt sind, liegt die Ausführung der nach Maßgabe dieses Gesetzes zu ergreifenden Schutzmaßregeln ausschließlich den zuständigen Reichs- und Landesbehörden ob.

Inwieweit die auf Grund dieses Gesetzes polizeilich angeordneten Verkehrsbeschränkungen und Desinfektionsmaßnahmen

1. auf Personen, welche während der Beförderung als krank, krankheits- oder ansteckungsverdächtig befunden werden,

2. auf die im Dienste befindlichen oder aus dienstlicher Veranlassung vorübergehend außerhalb ihres Wohnsitzes sich aufhaltenden Beamten und Arbeiter der Eisenbahn-, Post- und Telegraphenverwaltungen sowie der genannten Schiffahrtsbetriebe

Anwendung finden, bestimmt der Bundesrat.

§ 41.

Dem Reichskanzler liegt ob, die Ausführung dieses Gesetzes und der auf Grund desselben erlassenen Anordnungen zu überwachen.

Wenn zur Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten Maßregeln erforderlich sind, von welchen die Gebiete mehrerer Bundesstaaten betroffen werden, so hat der Reichskanzler oder ein von ihm bestellter Kommissar für Herstellung und Erhaltung der Einheit in den Anordnungen der Landesbehörden zu sorgen und zu diesem Behufe das Erforderliche zu bestimmen, in dringenden Fällen auch die Landesbehörden unmittelbar mit Anweisungen zu versehen.

§ 42.

Ist in einer Ortschaft der Ausbruch einer gemeingefährlichen Krankheit festgestellt, so ist das Kaiserliche Gesundheitsamt hiervon sofort auf kürzestem Wege zu benachrichtigen. Der Bundesrat ist ermächtigt zu bestimmen, inwieweit im späteren Verlaufe dem Kaiserlichen Gesundheitsamte Mitteilungen über Erkrankungs- und Todesfälle zu machen sind.

§ 43.

In Verbindung mit dem Kaiserlichen Gesundheitsamte wird ein Reichs-Gesundheitsrat gebildet. Die Geschäftsordnung wird vom Reichskanzler mit Zustimmung des Bundesrats festgestellt. Die Mitglieder werden vom Bundesrate gewählt.

Der Reichs-Gesundheitsrat hat das Gesundheitsamt bei der Erfüllung der diesem Amte zugewiesenen Aufgaben zu unterstützen. Er ist befugt, den Landesbehörden auf Ansuchen Rat zu erteilen. Er kann sich, um Auskunft zu erhalten, mit den ihm zu diesem Zwecke zu bezeichnenden Landesbehörden unmittelbar in Verbindung setzen, sowie Vertreter absenden, welche unter Mitwirkung der zuständigen Landesbehörden Aufklärungen an Ort und Stelle einziehen.

Strafvorschriften.

§ 44.

Mit Gefängnis bis zu drei Jahren wird bestraft:

1. wer wissentlich bewegliche Gegenstände, für welche eine Desinfektion polizeilich angeordnet war, vor Ausführung der angeordneten Desinfektion in Gebrauch nimmt, an andere überläßt oder sonst in Verkehr bringt;
2. wer wissentlich Kleidungsstücke, Leibwäsche, Bettzeug oder sonstige bewegliche Gegenstände, welche von Personen, die an einer gemeingefährlichen Krankheit litten, während der Erkrankung gebraucht oder bei deren Behandlung oder Pflege benutzt worden sind, in Gebrauch nimmt, an andere überläßt oder sonst in Verkehr bringt, bevor sie den auf Grund des § 22 vom Bundesrate beschlossenen Bestimmungen entsprechend desinfiziert worden sind;
3. wer wissentlich Fahrzeuge oder sonstige Gerätschaften, welche zur Beförderung von Kranken oder Verstorbenen der in Nr. 2 bezeichneten Art gedient haben, vor Ausführung der polizeilich angeordneten Desinfektion benutzt oder anderen zur Benutzung überläßt.



Sind mildernde Umstände vorhanden, so kann auf Geldstrafe bis zu eintausendfünfhundert Mark erkannt werden.

§ 45.

Mit Geldstrafe von zehn bis einhundertfünfzig Mark oder mit Haft nicht unter einer Woche wird bestraft:

1. wer die ihm nach den §§ 2, 3 oder nach den auf Grund des § 5 vom Bundesrate beschlossenen Vorschriften obliegende Anzeige unterläßt oder länger als vierundzwanzig Stunden, nachdem er von der anzuzeigenden Tatsache Kenntnis erhalten hat, verzögert. Die Strafverfolgung tritt nicht ein, wenn die Anzeige, obwohl nicht von dem zunächst Verpflichteten, doch rechtzeitig gemacht worden ist;
2. wer im Falle des § 7 dem beamteten Arzte den Zutritt zu dem Kranken oder zur Leiche oder die Vornahme der erforderlichen Untersuchungen verweigert;
3. wer den Bestimmungen im § 7 Abs. 3 zuwider über die daselbst bezeichneten Umstände dem beamteten Arzte oder der zuständigen Behörde die Auskunft verweigert oder wissentlich unrichtige Angaben macht;
4. wer den auf Grund des § 13 erlassenen Anordnungen zuwiderhandelt.

§ 46.

Mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Mark oder mit Haft wird, sofern nicht nach den bestehenden gesetzlichen Bestimmungen eine höhere Strafe verwirkt ist, bestraft:

1. wer den im Falle des § 9 von dem beamteten Arzte oder dem Vorsteher der Ortschaft getroffenen vorläufigen Anordnungen oder den auf Grund des § 10 von der zuständigen Behörde erlassenen Anordnungen zuwiderhandelt;
2. wer den auf Grund des § 12, des § 14 Abs. 5, der §§ 15, 17, 19 bis 22 getroffenen polizeilichen Anordnungen zuwiderhandelt;
3. wer den auf Grund der §§ 24, 26, 27 erlassenen Vorschriften zuwiderhandelt.

Schlußbestimmungen.

§ 47.

Die vom Bundesrate zur Ausführung dieses Gesetzes erlassenen allgemeinen Bestimmungen sind dem Reichstage zur Kenntnis mitzuteilen.

§ 48.

Landesrechtliche Vorschriften über die Bekämpfung anderer als der im § 1 Abs. 1 genannten übertragbaren Krankheiten werden durch dieses Gesetz nicht berührt.

§ 49.

Dieses Gesetz tritt mit dem Tage der Verkündigung in Kraft.

Urkundlich unter Unserer Höchsteigenhändigen Unterschrift und beigedrucktem Kaiserlichen Insiegel.

Gegeben Travemünde, den 30. Juni 1900.

(L. S.) Wilhelm.

Graf von Posadowsky.

Behufs Bekämpfung der Pest waren schon zu der Zeit, als diese Seuche auch Deutschland bedrohte, vorläufige Ausführungs-

bestimmungen zu dem Reichsgesetze durch Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 6. Oktober 1900 veröffentlicht worden.

Gemäß § 22 des Reichsgesetzes sind nun vom Bundesrat unter dem 28. Januar 1904 zu diesem Gesetz Ausführungsbestimmungen erlassen worden, jedoch zunächst nur als Anweisungen für die Bekämpfung des Aussatzes, der Cholera, der Pocken und des Flecktyphus, während eine solche für die Bekämpfung des Gelbfiebers, einer exotischen Krankheit, die im ganzen für Deutschland wenig in Betracht kommen dürfte, noch nicht erlassen ist.

Zur Durchführung dieser für die einzelnen Seuchen erlassenen Anweisungen sind von dem preußischen Minister der Medizinalangelegenheiten im Einverständnis mit den sonst beteiligten Ministern besondere Ausführungsvorschriften erlassen worden, und zwar für die Pest schon unter dem 26. November 1902, für die 4 unteren oben genannten Seuchen unter dem 12. September 1904.

Diese Anweisungen des Bundesrats nebst den dazu erlassenen preußischen Ausführungsbestimmungen sind auf Veranlassung des Herrn Ministers der Medizinalangelegenheiten für die einzelnen Krankheiten als Heftchen in überaus übersichtlicher Weise zusammengestellt und mit Register versehen worden.[1])

Der Inhalt der Heftchen erstreckt sich auf alle zu treffenden Maßnahmen bei dem Herannahen und dem Auftreten der betreffenden Seuchen und bildet einen sicheren Führer für das Handeln und Verfahren der Behörden und beamteten Ärzte.

Wir kämen nun zur eigentlichen Besprechung des Gesetzes, betr. die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 28. August 1905.

Der Aufbau und die Einteilung des Gesetzes sind der des Reichsseuchengesetzes nachgebildet. Zu den einzelnen Abschnitten des letzteren über die Anzeigepflicht, die Ermittelung der Krankheit, die Schutzmaßregeln, die Entschädigungen, die allgemeinen Vorschriften, die Strafvorschriften und die Schlußbestimmungen treten nur noch zwei weitere über Verfahren und Behörden und über die Kosten hinzu.

Das Gesetz enthält für die Ärzte nicht nur Verpflichtungen, indem es ihnen die Anzeigepflicht bei einer Reihe von übertragbaren Krankheiten auferlegt, sondern es nimmt im Gegensatz zu dem Reichsseuchengesetz auch wesentlich ihre Mitwirkung in Anspruch. So bedarf der beamtete Arzt, falls er zur Vornahme der Ermittelungen den Kranken selbst besuchen will, der Einwilligung

---

[1]) Verlag von Richard Schoetz, Berlin, 1905.

des behandelnden Arztes, er bedarf auch teilweise der Zustimmung des behandelnden Arztes, wenn die zwangsweise Überführung eines Kranken in ein Krankenhaus angeordnet werden soll.

Bei einzelnen Krankheiten kann ferner die Polizeibehörde auch jeden Arzt mit der Vornahme von Ermittelungen betrauen, so daß auch hier die Ärzte in die Lage kommen, die Gesundheitsbehörde wirksam zu unterstützen.

Haben zunächst demnach die Ärzte ein besonderes Interesse an dem Gesetze, so enthält es doch auch für alle Kreise der Bevölkerung wichtige und teilweise einschneidende Bestimmungen, so über die Anzeigepflicht, über die Absonderung des Kranken, welche in einzelnen Fällen sogar durch seine Unterbringung in ein Krankenhaus zu geschehen hat, über die Zulässigkeit der amtlichen Beobachtung des Kranken, über die Ausführung der Desinfektionen, dann auch über Entschädigungsansprüche. Seinem Charakter als Ausführungsgesetz zu dem Reichsseuchengesetz entsprechend sind ferner viele seiner Bestimmungen für die Polizeibehörden sowie die Gemeindeverwaltungen überaus wichtig, da es nicht nur die von den ersteren zu treffenden Maßnahmen festsetzt, sondern auch die Kostenfrage regelt. Dem Zweck dieser Abhandlung entspricht es indessen nicht, die nur für die Behörden wichtigen Bestimmungen einer eingehenden Besprechung zu unterziehen, diese können vielmehr nur in einzelnen Fällen, wo es zu ihrem allgemeinen Verständnis notwendig erscheint, näher berührt werden.

Dagegen sollen alle Bestimmungen, welche allgemeines Interesse, besonders aber das der ärztlichen Welt beanspruchen, eingehend erörtert werden.

Im folgenden werden nun nach der wörtlichen Wiedergabe eines jeden einzelnen Abschnittes des Gesetzes nebst den dazu erlassenen Ausführungsbestimmungen gleich die dazu nötigen Erläuterungen gegeben werden, da dieses Verfahren am besten die Übersichtlichkeit wahren dürfte.

Gesetz, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Vom 28. Aug. 1905.

Wir Wilhelm, von Gottes Gnaden König von Preußen etc. verordnen mit Zustimmung beider Häuser des Landtags Unserer Monarchie für den Umfang derselben, was folgt:

Auf Grund des § 38 Abs. 3 des Gesetzes betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 28. August 1905 erlasse ich zu diesem Gesetze im Einvernehmen mit den Herren Ministern der Finanzen, des Innern und für Handel und Gewerbe unter dem Vorbehalte demnächstiger weiterer Vorschriften die nachstehenden Ausführungsbestimmungen:

Erster Abschnitt.

Anzeigepflicht.

§ 1.

Außer den in dem § 1 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vom 30. Juni 1900 (Reichs-Gesetzbl. S. 306ff.) aufgeführten Fällen der Anzeigepflicht — bei Aussatz (Lepra), Cholera (asiatischer), Fleckfieber (Flecktyphus), Gelbfieber, Pest (orientalischer Beulenpest), Pocken (Blattern) — ist jede Erkrankung und jeder Todesfall an:

Diphtherie (Rachenbräune),
Genickstarre, übertragbarer,
Kindbettfieber (Wochenbett-, Puerperalfieber),
Körnerkrankheit (Granulose, Trachom),
Rückfallfieber (Febris recurrens),
Ruhr, übertragbarer (Dysenterie),
Scharlach (Scharlachfieber),
Typhus (Unterleibstyphus),
Milzbrand,
Rotz,
Tollwut (Lyssa), sowie Bißverletzungen durch tolle oder der Tollwut verdächtige Tiere,
Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung,
Trichinose

der für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständigen Polizeibehörde innerhalb vierundzwanzig Stunden nach erlangter Kenntnis anzuzeigen.

Wechselt der Erkrankte die Wohnung oder den Aufenthaltsort, so ist dies innerhalb vierundzwanzig Stunden nach erlangter Kenntnis bei der Polizeibehörde, bei einem Wechsel des Aufenthaltsorts, auch bei derjenigen des neuen Aufenthaltsorts, zur Anzeige zu bringen.

In Gemäßheit der Bestimmung des Abs. 1 ist auch jeder Todesfall an Lungen- und Kehlkopftuberkulose anzuzeigen.

Zu § 1.

Die Anzeigepflicht bei Lungen- und Kehlkopftuberkulose erstreckt sich sowohl auf Todesfälle an Lungen- als auch auf solche an Kehlkopftuberkulose.

§ 2.

Zur Anzeige sind verpflichtet:
1. der zugezogene Arzt,
2. der Haushaltungsvorstand,
3. jede sonst mit der Behandlung oder Pflege des Erkrankten beschäftigte Person,
4. derjenige, in dessen Wohnung oder Behausung der Erkrankungs- oder Todesfall sich ereignet hat,
5. der Leichenschauer.

Die Verpflichtung der unter Nr. 2 bis 5 genannten Personen tritt nur dann ein, wenn ein früher genannter Verpflichteter nicht vorhanden ist.

Zu § 2.

Unter den **mit der Behandlung oder Pflege des Erkrankten beschäftigten Personen** (Abs. 1 Nr. 3) sind nur solche Personen zu verstehen, welche die Behandlung oder Pflege Erkrankter berufsmäßig ausüben.

§ 3.

Für Krankheits- und Todesfälle, welche sich in öffentlichen Kranken-, Entbindungs-, Pflege-, Gefangenen- und ähnlichen Anstalten ereignen, ist der Vorsteher der Anstalt oder die von der zuständigen Stelle damit beauftragte Person ausschließlich zur Erstattung der Anzeige verpflichtet.

Auf Schiffen oder Flößen gilt als der zur Erstattung der Anzeige verpflichtete Haushaltungsvorstand der Schiffer oder Floßführer oder deren Stellvertreter.

Der Minister der Medizinalangelegenheiten ist ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Minister für Handel und Gewerbe Bestimmungen darüber zu erlassen, an wen bei Krankheits- und Todesfällen, welche auf Schiffen oder Flößen vorkommen, die Anzeige zu erstatten ist.

Zu § 3.

Bei Krankheits- und Todesfällen, welche auf Seeschiffen vorkommen, ist die Anzeige an die Polizeibehörde des ersten preußischen Hafenplatzes, welchen das Schiff nach Eintritt der anzeigepflichtigen Tatsache anläuft, zu erstatten.

Für Binnenschiffe und Flöße ist die Anzeige an die Polizeibehörde der nächstgelegenen Anlagestelle zu richten. Sind jedoch an der betreffenden Wasserstraße Überwachungsstellen zur gesundheitlichen Überwachung des Schiffahrts- und Flößereiverkehrs eingerichtet, so ist die Anzeige an die nächstgelegene Überwachungsstelle zu richten.

§ 4.

Die Anzeige kann mündlich oder schriftlich erstattet werden. Mit Aufgabe zur Post gilt die schriftliche Anzeige als erstattet. Die Polizeibehörden haben auf Verlangen Meldekarten für schriftliche Anzeigen unentgeltlich zu verabfolgen.

Zu § 4.

Zur Erleichterung der Anzeigeerstattung empfiehlt sich die Benutzung von Kartenbriefen, welche auf der Innenseite den aus der Anlage 1 ersichtlichen Vordruck aufweisen. Es ist Sorge dafür zu tragen, daß aus ihrer Benutzung den Anzeigepflichtigen Kosten nicht erwachsen.

Anlage 1.

Im Interesse der Kostenersparnis

haben die Regierungspräsidenten den Bedarf an diesen Kartenbriefen für ihren Bezirk einheitlich herstellen zu lassen und an die Ortspolizeibehörden gegen Erstattung der Selbstkosten abzugeben. Die Kosten fallen als ortspolizeiliche demjenigen zur Last, welcher nach dem bestehenden Recht die Kosten der örtlichen Polizeiverwaltung zu tragen hat.

Die Kartenbriefe sind seitens der Polizeibehörde im voraus mit dem Abdruck des Dienstsiegels oder Dienststempels sowie tunlichst mit der Adresse des Empfängers zu versehen und an die zur Anzeige verpflichteten Personen unentgeltlich zu verabfolgen. Geschieht die Verabfolgung an Ärzte oder ärztliches Hilfspersonal oder zum Zweck der Beförderung im Fernverkehr, so sind die Kartenbriefe außerdem mit dem Aversionierungsvermerk zu versehen.

Die Kartenbriefe werden nach der Ausfüllung im Fernverkehr unfrankiert befördert. Die Ärzte und das ärztliche Hilfspersonal sind berechtigt, die mit dem Aversionierungsvermerke versehenen Kartenbriefe auch im Ortsverkehr durch die Post befördern zu lassen.

Auf Grund der erstatteten Anzeige haben die Polizeibehörden für jede der anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten eine besondere Liste nach dem beigefügten Muster (Anlage 2) fortlaufend zu führen.

Anlage 2.

Sobald in einer Ortschaft oder in einem Bezirk eine der in dem § 1 genannten übertragbaren Krankheiten in epidemischer Verbreitung auftritt, wird es sich empfehlen, daß der Regierungspräsident durch öffentliche Bekanntmachungen die gesetzliche Anzeigepflicht für diese Krankheit in Erinnerung bringen und die Bevölkerung in geeigneter Weise über das Wesen, die Verhütung und Bekämpfung der Krankheit belehren

läßt. Jedoch ist eine unnötige Beunruhigung der Bevölkerung tunlichst zu vermeiden.

Wegen der Abfassung zur Verteilung an die Bevölkerung geeigneter gemeinverständlicher Belehrungen über die einzelnen übertragbaren Krankheiten behalte ich mir einstweilen weitere Anordnung vor.

Es wird sich empfehlen, die Bekanntmachungen während der Dauer der Epidemie von acht zu acht Tagen zu wiederholen.

§ 5.

Das Staatsministerium ist ermächtigt, die in den §§ 1 bis 4 des gegenwärtigen Gesetzes enthaltenen Bestimmungen über die Anzeigepflicht für einzelne Teile oder den ganzen Umfang der Monarchie auch auf andere übertragbare Krankheiten vorübergehend auszudehnen, wenn und solange dieselben in epidemischer Verbreitung auftreten.

Zu §§ 5, 7 und 11.

Die Regierungspräsidenten haben Vorsorge zu treffen, daß sie von dem epidemischen Ausbruch einer der in dem § 1 nicht aufgeführten übertragbaren Krankheiten tunlichst bald Kenntnis erhalten. Nach erlangter Kenntnis haben sie unverzüglich an den Minister der Medizinalangelegenheiten über Umfang und Charakter der Epidemie zu berichten. Dabei haben sie sich, sofern die Verhältnisse es angezeigt erscheinen lassen, zugleich gutachtlich darüber zu äußern, ob und inwieweit es sich empfiehlt, von den in den §§ 5, 7 und 11 enthaltenen Ermächtigungen des Staatsministeriums Gebrauch zu machen.

Der ganze erste Abschnitt des Gesetzes handelt von der Anzeigepflicht.

Da die Bestimmungen der einzelnen Paragraphen des Abschnittes sich einander ergänzen und aufeinander Bezug nehmen, empfiehlt es sich den Abschnitt auch im ganzen zu behandeln.

In § 1 werden sowohl die Krankheiten, für welche das Reichsgesetz vom 30. Juni 1900, als auch die Krankheiten, für welche das vorliegende preußische Gesetz die Anzeigepflicht vorschreibt, namhaft gemacht.

Ein Vergleich mit den im Regulativ vom 8. August 1835 angeführten Krankheiten ergibt, daß eine Anzahl dieser Krankheiten in das preußische Gesetz keine Aufnahme gefunden haben. Selbstverständlich konnten Krätze, bösartiger Kopfgrind, Gicht und

Weichselzopf nicht mehr aufgenommen werden, ebenso lag auch keine Veranlassung vor, Krebs unter die Infektionskrankheiten zu rechnen. Es fehlen aber auch Masern, Röteln und Syphilis. Wenn man die Masern von der Anzeigepflicht ausgenommen hat, so werden die Ärzte dieses gewiß am wenigsten bedauern. Zu Zeiten von Masernepidemien hatten sie bisher oft zahlreiche Anzeigen zu erstatten, ohne daß sich doch aus der Anzeige ein wirklicher Nutzen für die Bekämpfung der Epidemie ergab. Die Röteln konnten ferner wegen ihres im allgemeinen gutartigen Verlaufes ausgeschieden werden. Die Syphilis und die anderen Geschlechtskrankheiten in irgend einer Weise anzeigepflichtig zu machen, stieß auf große Bedenken, deren am meisten ausschlaggebendes wohl das war, daß man glaubte, es würde durch die Anzeigepflicht gerade das Gegenteil von dem erreicht werden, was man erreichen wollte, d. h. es würden dann geschlechtskranke Personen, namentlich Soldaten, ihr Leiden verheimlichen, statt sich an einen Arzt zu wenden, falls dieser die Verpflichtung hätte, Anzeige von dem Fall zu erstatten.

Auf der anderen Seite haben unter die anzuzeigenden Krankheiten aber Diphtherie, Genickstarre und Unterleibstyphus Aufnahme gefunden, Krankheiten, welche das Regulativ nicht kannte, ferner sind außer Tollwut bei Menschen auch solche Fälle anzuzeigen, in denen Menschen durch tollwutkranke oder der Tollwut verdächtige Tiere gebissen sind, sodann auch Fälle von Fleisch-, Fisch- oder Wurstvergiftung sowie von Trichinose. In letzteren beiden Fällen ist die Anzeige von großer Wichtigkeit für die Behörde, da sie daraufhin sofort Ermittelungen anstellen und die verdächtigen Nahrungsmittel mit Beschlag zu belegen in der Lage ist.

Bei Lungen- und Kehlkopftuberkulose hatte der im Jahre 1903 dem Abgeordnetenhause zugegangene Gesetzentwurf der Staatsregierung die Anzeigepflicht außer bei allen Todesfällen auch bei Erkrankungen für den Fall vorgesehen, daß der Kranke die Wohnung wechselte.

Aus humanitären Rücksichten für die Kranken lehnte indessen das Abgeordnetenhaus die Annahme der letzteren Bestimmung ab, die auch in dem Gesetz fehlt, nach welchem nunmehr nur Todesfälle an Lungen- und Kehlkopftuberkulose anzuzeigen sind.

Mit Bezug auf die Tuberkulosebekämpfung ist es ja gewiß bedauerlich, daß der Wohnungswechsel eines Schwerkranken nicht anzuzeigen ist, doch ist zu hoffen, daß die immer mehr zunehmende private Fürsorge für die Tuberkulösen, wie sie durch die Dispensaires

und besonders die Fürsorgestellen ausgeübt wird, auch den Gefahren Rechnung tragen wird, welche durch den Wohnungswechsel eines an Lungen- und Kehlkopftuberkulose Leidenden für das Gemeinwohl erwächst, und Mittel und Wege finde, ihr entgegen zu treten.

Nicht Aufnahme unter die anzuzeigenden übertragbaren Krankheiten fanden aus verschiedenen Gründen Influenza, Keuchhusten, Schälblasen der Neugeborenen und Malaria, ferner von den auf den Menschen übertragbaren Tierkrankheiten Maul- und Klauenseuche.

Zwischen dem Reichsgesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900 und dem vorliegenden preußischen Gesetz bestehen mit Bezug auf die Bestimmungen über die Anzeigepflicht zwei wesentliche Unterschiede:

a) bei dem Reichsseuchengesetz ist nicht nur jede Erkrankung und jeder Todesfall an einer der dort genannten Krankheiten anzuzeigen, sondern auch jeder Fall, welcher den Verdacht einer dieser Erkrankungen erweckt, ferner hat die Anzeige unverzüglich zu erfolgen;

b) bei dem preußischen Gesetz ist jede Erkrankung und jeder Todesfall an einer der dort genannten Krankheiten, bei Lungen- und Kehlkopftuberkulose auch nur jeder Todesfall anzuzeigen, dagegen die Meldepflicht für nur verdächtige Fälle nicht vorgeschrieben; die Anzeige aber hat innerhalb 24 Stunden nach erlangter Kenntnis zu erfolgen.

Anzeige vom Arzt zu erstatten.

Zu dieser Anzeige ist nach § 2 stets der zugezogene Arzt verpflichtet. Die Anzeige hat bei der zuständigen Polizeibehörde zu erfolgen.

Der Zweck dieser bisher erörterten Bestimmungen über die Anzeigepflicht ist naturgemäß der, daß die Polizeibehörde auf dem schnellsten Wege Kenntnis von dem betreffenden Fall erhält, um ihre Maßregeln treffen zu können.

Frist für Erstattung der Anzeige

Die Bestimmung des Reichsgesetzes, die Anzeige habe unverzüglich zu erfolgen, soll nur besagen, daß der zur Anzeige Verpflichtete keine Zeit vergehen lassen darf, die Anzeige zu erstatten, sobald ihm die Möglichkeit dazu gegeben ist.

Das preußische Gesetz betreffend die übertragbaren Krankheiten verlangt dagegen die Anzeige erst innerhalb 24 Stunden nach erlangter Kenntnis.

Die Kenntnis von dem Vorliegen einer der im Gesetz genannten Krankheiten erlangt der Arzt offenbar, sobald er die Krankheit erkennt. Das wird bei einer großen Zahl von Krankheitsfällen, ich meine nur Scharlach und Diphtherie, oft sofort oder wenigstens bald der Fall sein, während es bei anderen wieder länger dauern wird, ehe der Arzt zu einer bestimmten Ansicht kommt.

Wenn er sich aber vor Augen hält, daß nur auf Grund seiner Anzeige der Gesundheitsbehörde überhaupt die Möglichkeit gegeben ist, die Krankheitsquelle aufzudecken, nach etwaigen weiteren Fällen zu forschen und die nötigen Schutzmaßregeln zu treffen, während eine Verzögerung der Anzeige das größte Unheil zur Folge haben kann, dann wird er im Bewußtsein der großen auf ihm lastenden Verantwortlichkeit sicher nicht anstehen, auch noch zweifelhafte Fälle zur Anzeige zu bringen, wenn auch hierzu eine gesetzliche Verpflichtung für ihn nicht besteht. Ganz besonders in ländlichen Verhältnissen kann sich eine frühzeitige Anzeige für das Gemeinwohl als überaus segensreich erweisen. Erfahrungsgemäß holt die ländliche Bevölkerung bei solchen inneren Leiden, welche dem Kranken nicht viele Beschwerden machen, manchmal nur einmal den Arzt und wartet dann erst ab, ob die von dem ersteren getroffenen Anordnungen die Krankheitserscheinungen beseitigen. Hält nun bei seinem Besuch der Arzt den Fall zwar für verdächtig, unterläßt aber, weil er noch zu keinem bestimmten Urteil gekommen ist, die Anzeige, so breitet sich bei der Gleichgültigkeit und Sorglosigkeit eines großen Teiles der ländlichen Bevölkerung eine übertragbare Krankheit, so besonders der Unterleibstyphus, nicht selten im Verborgenen aus, ehe die Behörde Kenntnis erhält und dann wohl vor einer nur schwer zu bewältigenden Epidemie steht.

Selbst wenn sich gelegentlich bei einer frühzeitigen Anzeige der Arzt geirrt haben sollte, wird es niemand einfallen, ihn etwa des Mangels an Erfahrung oder Wissen zu zeihen. Auch der beamtete Arzt wird nicht immer in der Lage sein, sofort ein sicheres Urteil zu gewähren, ihm werden aber durch die Behörde leichter Mittel und Wege erschlossen, den Fall zu klären, so besonders auch dadurch, daß er bakteriologische Untersuchungen vornimmt oder in den jetzt fast in allen Regierungsbezirken vorhandenen bakteriologischen Untersuchungsstellen vornehmen läßt.

In einzelnen Fällen von übertragbaren Krankheiten wird der Arzt die Kenntnis von dem Vorhandensein eines solchen Falles erst durch die Obduktion erlangen. Nach § 1 sind auch solche

Fälle anzuzeigen. Besonders dürften hier die unter § 1 genannten Kranken- und ähnliche Anstalten in Frage kommen.

Anzeige an zuständige Polizeibehörde.

Die Anzeige ist an die für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständige Polizeibehörde zu erstatten.

Der Aufenthaltsort und der Sterbeort brauchen nicht mit dem Wohnort zusammenzufallen, es kommt häufig vor, daß jemand außerhalb des letzteren erkrankt oder stirbt.

Die mit Bezug auf die Anzeige zuständigen Polizeibehörden sind für die Städte mit königlicher Polizei die Polizeidirektionen bzw. das Polizeipräsidium, für Berlin die königliche Sanitätskommission, in den anderen Städten die städtische Polizeiverwaltung.

Auf dem Lande sind die zuständigen Polizeibehörden in den Provinzen Ost- und Westpreußen, Pommern, Schlesien, Brandenburg, Sachsen und Schleswig-Holstein die Amtsvorsteher, in der Provinz Posen die Distriktskommissare, in Hannover die Landräte, in der Rheinprovinz die Landbürgermeister, in Westfalen die Amtmänner, in Hessen-Nassau und auch in den hohenzollernschen Landen die Landbürgermeister.

Die Anzeige ist bei jeder Erkrankung und jedem Todesfall an einer im § 1 aufgeführten Krankheit zu erstatten, und zwar ist noch eine besondere Anzeige über den Todesfall zu erstatten, wenn die Erkrankung bereits angezeigt war.[1])

Kehlkopf- und Lungentuberkulose.

Daß sich die Anzeigepflicht bei Todesfällen an Lungen- und Kehlkopftuberkulose auch auf solche Todesfälle zu erstrecken hat, welche nur an Lungen- oder nur an Kehlkopftuberkulose erfolgt sind, wird schon in den Ausführungsbestimmungen zu § 1 besonders betont.

Wechsel der Wohnung oder des Aufenthaltes.

Verzieht eine Person, welche an einer der in § 1 Abs. 1 genannten Krankheiten leidet, innerhalb ihres Wohnortes, so ist hiervon nach § 1 Abs. 2 der für diesen Wohnort zuständigen Polizeibehörde Anzeige zu erstatten, verzieht sie nach außerhalb, so ist hiervon nicht nur der für den bisherigen, sondern auch der für den neuen Wohnort zuständigen Polizeibehörde Anzeige zu erstatten.

---

[1]) Daß dieses tatsächlich in der Absicht des Gesetzgebers liegt, ergibt sich aus folgender Erwägung. Die Fassung des § 1 des Gesetzes vom 18. August 1905, betreffend die Anzeige jeder Erkrankung und jeden Todesfalls, ist gleichlautend mit der des § 1 des Reichsgesetzes vom 30. Juni 1900. In den Motiven zu diesem wird aber besonders betont, daß und weshalb außer der Erkrankung auch noch der Todesfall anzuzeigen ist.

Nach dem Reichsgesetz ist nur der Wechsel des Aufenthaltsortes anzuzeigen. Es ist aber wohl kein Zweifel, daß das preußische Gesetz darüber hinausgeht und auch mit Bezug auf die im Reichsgesetz namhaft gemachten gemeingefährlichen Krankheiten für den Fall, daß der Kranke nur die Wohnung innerhalb seines Aufenthaltsortes wechselt, die Anzeige vorschreibt.

Auch mit Bezug auf Wechsel der Wohnung oder des Aufenthaltsortes des Kranken ist der zugezogene Arzt unter allen Umständen zur Anzeige innerhalb 24 Stunden verpflichtet, sobald er Kenntnis von dem Wechsel erlangt hat.

Diese Verpflichtung wird wohl zunächst von den Ärzten als sehr lästig empfunden werden. Doch dürfte sie einmal an den einzelnen kaum häufig herantreten. Portokosten erwachsen ihm außerdem keineswegs aus der Anzeige, da nichts im Wege steht, daß er zur Erstattung der Anzeige die ihm gemäß § 4 zur Verfügung stehenden Meldekarten benützt, welche kostenlos befördert werden müssen. Außerdem dient er gerade durch Erfüllung dieser Verpflichtung in ganz besonderem Maße dem öffentlichen Wohle, da die von ihm erstattete Anzeige den Gesundheitsbehörden die Möglichkeit gewährt, einmal die bisher von dem Kranken bewohnten Räume desinfizieren zu lassen, ehe sie wieder von anderen Personen bezogen werden, dann aber auch in seiner neuen Wohnung oder an seinem neuen Aufenthaltsort sofort die nötigen Maßnahmen zu treffen.

Daß auch die unter § 3 genannten Vorsteher der Kranken- und ähnlichen Anstalten zur Anzeige verpflichtet sind, falls ein an einer übertragbaren Krankheit Leidender die Anstalt verläßt, ist wohl sicher anzunehmen. Übernimmt ein neuer Arzt die Behandlung eines Kranken, welcher an einer der in § 1 aufgeführten Krankheiten leidet, so hat er die gleiche Verpflichtung zur Anzeige des Falles an die zuständige Polizeibehörde wie der zuerst zugezogene Arzt. Auch ein als Consiliarius zugezogener Arzt hat die Verpflichtung zur Anzeige, falls sie noch nicht erstattet ist. In der Praxis wird es indessen genügen, wenn der Consiliarius sich versichert, daß die Anzeige bereits erstattet ist, oder für den Fall, daß durch ihn erst die Krankheit als eine der Anzeigepflicht unterliegende festgestellt ist, den behandelnden Arzt zur Anzeige veranlaßt.

Anzeige durch weitere zum Kranken zugezogene Ärzte.

Nur bei denjenigen Erkrankungs- und Todesfällen, bei welchen ein Arzt nicht zugezogen war, tritt die Verpflichtung zur Anzeige für die unter Ziffer 2—5 des § 5 genannten Personen in demselben Umfange ein wie für den Arzt.

Anzeigepflicht weiterer Personen.

Die Verpflichtung einer jeden der unter 2—5 angeführten Personen tritt erst dann ein, wenn ein unter einer vorgehenden Nummer Verpflichteter nicht vorhanden ist, also 3 ist erst verpflichtet, wenn 2 fehlt, 4 erst, wenn 2 und 3 fehlen und so weiter. Ist der Haushaltungsvorstand selbst erkrankt oder gestorben und ein Arzt nicht zugezogen, so sind selbstverständlich die unter 3—5 Genannten nach ihrer Reihenfolge zur Anzeige verpflichtet. Die unter Ziffer 3 des § 2 genannten Personen sind nur dann zur Anzeige verpflichtet (s. Ausführungsbestimmungen), wenn sie a) die Behandlung, b) die Pflege berufsmäßig betreiben.

Zu a) gehören demnach alle Personen, welche, ohne ärztlich approbiert zu sein, die Behandlung eines Kranken übernommen haben.

Zu b) Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen, Krankenschwestern aus Orden oder Diakonissenhäusern sowie sonstiger Herkunft, ferner auch Wochenpflegerinnen.

Unter der in § 9 Ziffer 4 genannten Person ist der wirkliche Inhaber der Wohnung zu verstehen; es kann aber auch der Hauswirt in Frage kommen, wenn z. B. eine alleinstehende im Hause wohnende Person oder ein Fremder an einem zum Hause gehörigen Orte (Hausflur, Hof, Stall u. dergl.) erkrankt oder gestorben ist.

Ist der unter Ziffer 5 genannte Leichenschauer ein Arzt, so tritt für ihn unbedingte Verpflichtung zur Anzeige ein, da er dann als der unter Ziffer 1 benannte zugezogene Arzt anzusehen ist.

Anzeigepflicht der Kranken- und ähnlichen Anstalten.

Die in § 3 Abs. 1 enthaltenen Bestimmungen betreffen nur die öffentlichen Anstalten, daraus folgt, daß für die in Privat-, Kranken-, Entbindungs- usw. Anstalten vorkommenden Fälle die in § 2 genannten Personen und zunächst der behandelnde Arzt verpflichtet sind.

Eine gleiche Verpflichtung fällt dem behandelnden Arzte zweifellos auch an denjenigen öffentlichen Kreiskrankenhäusern oder städtischen Krankenhäusern ohne weiteres zu, in welchen ein besonderer Vorsteher nicht vorhanden ist.

Für die in § 3 Abs. 1 genannten öffentlichen sowie für alle privaten Anstalten ist selbstverständlich auch in solchen Fällen von den dazu Verpflichteten Anzeige zu erstatten, in denen ein Kranker, welcher an einer gemäß § 1 der Anzeigepflicht unterliegenden übertragbaren Krankheit leidet, bereits auf Grund dieser Krankheit in die Anstalt gebracht worden ist.

Anzeige auf Schiffen.

An welche Behörde die Anzeige bei Krankheits- und Todesfällen auf Seeschiffen, sowie auf Binnenschiffen und Flößen zu

erstatten ist, wird in den Ausführungsbestimmungen zu § 3 angegeben.

Art der Anzeige.

Die Erstattung der Anzeige an die Polizeibehörde kann nach § 4 mündlich oder schriftlich geschehen. Auf welche Art sie im einzelnen Falle zu erstatten ist, hängt ganz von den Umständen ab. Befindet sich die Polizeibehörde am Ort des anzuzeigenden Falles und ist sie leicht erreichbar, so wird es zweckmäßig sein, eine mündliche Anzeige zu erstatten.

Ist dieses jedoch nicht der Fall, so wird die Anzeige zweckmäßig noch an demselben Tage schriftlich erstattet und zur Post gegeben, notwendig ist dieses bei den gemeingefährlichen Krankheiten des Reichsseuchengesetzes, da hier die Anzeige ja unverzüglich erstattet werden soll.

Meldekarten.

Die Anzeige gilt nach § 4 als erstattet, sobald sie zur Post gegeben ist. Dem Arzt sowie dem ärztlichen Hilfspersonal — zu diesem dürften hier nicht nur die sonst als solches bezeichneten Heilgehilfen und Hebammen, sondern auch die Krankenschwestern, Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen und Wochenpflegerinnen gehören — erwachsen aus einer schriftlichen Anzeige niemals Kosten, falls der die Anzeige Erstattende sich der von der Polizeibehörde zu verabfolgenden Meldekarten bedient, da für diese die Karten im Fern- und auch im Ortsverkehr frei befördert werden. Für andere zur Anzeige verpflichteten Personen werden indessen die Karten nur im Fernverkehr, nicht aber im Ortsverkehr frei befördert.

Die Meldekarten sind an die zur Anzeige verpflichteten Personen von der Polizeibehörde ihres Wohnorts erhältlich, die Ärzte werden zweckmäßig um Verabfolgung einer ihrem ungefähren Bedarf entsprechenden Anzahl von Karten ersuchen.

Meldekarten genau auszufüllen.

Damit Rückfragen und damit Belästigungen für alle Teile vermieden werden, ist der Inhalt der Karte genau zu beachten und jede einzelne Frage nach Möglichkeit zu beantworten.

Ausdehnung der Anzeigepflicht.

Durch § 5 endlich wird die Möglichkeit gewährt, die Bestimmungen über Anzeigepflicht und damit auch die weiteren Bestimmungen des Gesetzes auch unter Umständen auch andere übertragbare Krankheiten für einzelne Teile oder den ganzen Umfang des preußischen Staates auszudehnen, doch nur vorübergehend und solange diese in epidemischer Verbreitung auftreten.

(Schluß folgt.)

Sozialmedizinische Kasuistik.

Wasserbruch nach Unfall (Hydrocele traumatica).[1] T. veröffentlicht ein Gutachten, auf Grund dessen das Schiedsgericht einem Manne, bei welchem infolge Quetschung des Hodens ein Wasserbruch entstanden ist, eine Rente zuerkannt hat. Er betont dabei, daß unter den Berufsgenossenschaften auf Grund eines von Prof. Körte erstatteten Obergutachtens, nach welchem dieser in einem bestimmten Falle die Entstehung eines Wasserbruches durch Unfall für unwahrscheinlich erklärt hat, teilweise die Annahme verbreitet sei, daß ein Wasserbruch niemals Unfallfolge sein könne. Der Fall, bei welchem Körte das Obergutachten erstattet hatte, lag indessen anders; hier sollte sich jemand durch schweres Heben einen Wasserbruch zugezogen haben. Körte erklärt, daß in diesem Falle der Wasserbruch nur dann auf den Unfall zurückzuführen sei, wenn ein Blutgefäß zwischen den Scheidehäuten geplatzt wäre; dann müßte aber daselbst ein Bluterguß gewesen sein. Ein solcher fand sich indessen im Körteschen Falle nicht.

T. macht nun an der Hand seines Falles darauf aufmerksam, daß Quetschungen des Nebenhodens sehr leicht Entzündungen hervorrufen und diese wieder zu einem wäßrigen Erguß in die Scheidehäute führen. In diesen Fällen braucht also kein Bluterguß da zu sein und der Zusammenhang zwischen Verletzung und Wasserbruch besteht doch. T. weist im übrigen noch darauf hin, daß gerade die häufigste Veranlassungsursache einer Hydrocele Traumen seien, welche den Hoden betroffen haben. Diese Veranlassung sei noch häufiger als der Tripper.

In den Fällen der anderweiten Rentenfeststellung (§ 88 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes) findet die Vorschrift des § 69 Abs. 3 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes, wonach vor der Ablehnung der Bewilligung einer Entschädigung oder der Feststellung einer Teilrente der behandelnde Arzt zu hören ist, keine Anwendung. Diesen Grundsatz hat der erweiterte Senat des Reichsversicherungsamts in einer Entscheidung vom 9. Dezember 1905[2]) mit folgender Begründung ausgesprochen:

Zunächst bietet der Wortlaut des § 69 Abs. 3 Satz I des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes keine Berechtigung zu der Auffassung, daß auch in den Fällen der anderweiten Rentenfeststellung der behandelnde Arzt gehört werden müßte. Das Gesetz spricht am angeführten Orte lediglich von den Fällen, in denen die Bewilligung einer Entschädigung „abgelehnt“ oder nur eine „Teilrente festgestellt“ werden soll. Von „Ablehnung“ einer Entschädigung kann füglich nur dann gesprochen werden, wenn von Anfang an die Bewilligung der Entschädigung verweigert wird. Jede spätere Verweigerung einer Entschädigung in dem durch die §§ 88 ff. des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes geregelten Verfahren stellt nicht sowohl eine „Ablehnung“ als vielmehr die „Herabsetzung“ oder die „Entziehung“ einer bisher geleisteten Entschädigung dar. Der Wortlaut des § 69 Abs. 3 Satz I a. a. O. zwingt mithin nicht, anzunehmen, daß seine Vorschrift sich ohne weiteres auch auf die Fälle einer anderweiten Rentenfeststellung im Sinne des § 88 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes bezöge.

---

[1]) Erläutert nach einem Gutachten von Professor Thiem, Kottbus. Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen 13. Jahrg. Nr. 3.

[2]) Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts 2131.

Gegen die Berechtigung zu einer ausdehnenden Auslegung des § 69 Abs. 3 Satz I a. a. O. würde weiterhin die Tatsache sprechen, daß der Antrag des Reichstagsabgeordneten Freiherrn von Stumm-Halberg, der die Veranlassung zur Aufnahme der in Rede stehenden gesetzlichen Bestimmung in das Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz gegeben hat, wörtlich dahin gefaßt worden war: „Vor der Feststellung der Entschädigung ist in jedem Falle der behandelnde Arzt zu hören", daß aber gerade die Worte „in jedem Falle" keine Aufnahme in das Gesetz gefunden haben (Stenographische Berichte über die Verhandlungen des Reichstags 10. Legislaturperiode I. Session 1898/1900 S. 5341 und 5352).

Im übrigen ist in den Verhandlungen des Reichstags keinerlei Äußerung gefallen, die die Anhörung des behandelnden Arztes ausdrücklich auch in den Fällen der anderweiten Rentenfeststellung für erforderlich gehalten hätte. Offenbar hat der Antragsteller damals nur zum Ausdrucke bringen wollen, daß bei jedem Unfalle der behandelnde Arzt zu hören sei. Das ergibt sich insbesondere auch daraus, daß bei Erörterung der Garantien, die man gegenüber den Rentenminderungen der Berufsgenossenschaften zugunsten des Verletzten schaffen zu müssen glaubte, die Anhörung des behandelnden Arztes damals von keiner Seite berührt worden ist.

Es konnte sich hiernach nur noch um die Frage handeln, ob etwa aus den sonstigen Absichten des Gesetzes sich eine Handhabe für die entsprechende Anwendung des § 69 Abs. 3 Satz 1 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes auf das in den §§ 88 ff. desselben Gesetzes geregelte Verfahren ergibt. Aber auch diese Frage mußte verneint werden. Die Bestimmung des § 69 Abs. 3 Satz 1 a. a. O. war in dem Unfallversicherungsgesetze vom 6. Juli 1884 nicht enthalten. Für ihre Aufnahme in das jetzt geltende Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz vom 30. Juni 1900 ist die Erwägung bestimmend gewesen, daß dem verletzten Arbeiter eine unbedingt unparteiische Leitung der Unfalluntersuchung gewährleistet werden müsse (Stenographische Berichte über die Verhandlungen des Reichstags 10. Legislaturperiode I. Session 1898/1900 S. 5341 ff.). Unter Anerkennung dieses Grundsatzes ist es in den Verhandlungen des Reichstags ausdrücklich als ein billiges Verlangen bezeichnet worden, daß der Arzt der die Behandlung des Verletzten geleitet, im Verlaufe der Unfalluntersuchung gehört werde. Gerade von dem erstbehandelnden Arzte darf für den Regelfall erwartet werden, daß ihm Gelegenheit zur Feststellung wesentlicher Tatumstände gegeben wird, die sich leicht der Kenntnis der erst später in Anspruch genommenen Ärzte entziehen. Diese Erwägungen, die das Anhören des erstbehandelnden, unmittelbar nach dem Unfalle zugezogenen Arztes im Interesse einer einwandfreien Feststellung des objektiven Befundes als geboten erscheinen lassen, treffen indessen auf den Fall der anderweiten Rentenfestsetzung nach Maßgabe des § 88 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes nicht zu. Abgesehen davon, daß bei analoger Anwendung des § 69 Abs. 3 auf die Fälle des § 88 auch der Begriff des „behandelnden Arztes" eine entsprechende Änderung erfahren müßte, da in den Fällen der anderweiten Rentenfeststellung unmöglich die Anhörung des im § 69 gemeinten „erstbehandelnden" Arztes, sofern er nicht etwa auch in der Zeit vor der Rentenänderung den Verletzten behandelt hat, gefordert werden darf, daß vielmehr nur derjenige Arzt, in dessen Behandlung der Verletzte zur Zeit oder kurz vor der Zeit der anderweiten Rentenfeststellung steht, für eine zu erstattende gutachtliche Äußerung als behandelnder Arzt in Betracht kommen kann, handelt es sich in diesem späteren Verfahren nur noch um die Frage, wie sich das durch den Unfall ver-

ursachte Leiden in der Folgezeit gestaltet hat. Zur Entscheidung der letzteren Frage aber wird es nur unter besonderen Umständen der Inanspruchnahme des „behandelnden“ Arztes bedürfen; sie wird regelmäßig auch von jedem anderen Arzte unter Zuhilfenahme der bereits vor der ersten Rentenfestsetzung eingeholten ärztlichen Gutachten beantwortet werden können, ohne daß der Verletzte eine einseitige Beurteilung seines Zustandes zu besorgen hätte. Jedenfalls wäre hiernach die Anwendung der Bestimmung des § 69 Abs. 3 Satz 1 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes im Bereiche des Rentenabänderungsverfahrens aus sachlichen Gründen nicht zu rechtfertigen. Würde die Herübernahme der Bestimmung des § 69 Abs. 3 Satz 1 in das spätere Rentenfestsetzungsverfahren im Sinne des Gesetzgebers gelegen haben, so würde dem sicherlich besonders Ausdruck gegeben worden sein, wie denn das Gesetz an anderer Stelle die entsprechende Anwendbarkeit einer in einem früheren Abschnitt enthaltenen Bestimmung tatsächlich besonders zum Ausdrucke bringt (§ 90 Abs. 2 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes).

Meines Erachtens kann es keinem Zweifel unterliegen, daß der Gesetzgeber in den § 69 Abs. 3 Satz 1 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes nur festlegen wollte, daß der erstbehandelnde Arzt bei der erstmaligen Entscheidung über den Rentenanspruch eines Versicherten, falls eine Ablehnung der Entschädigungsansprüche oder die Feststellung einer Teilrente erfolgen soll, gehört wird.

Handelt es sich jedoch um weitere spätere Festsetzungen, so kann die Ansicht des erstbehandelnden Arztes, wenn er nicht gerade auch derjenige Arzt ist, welcher den Verletzten nach der ersten Rentenfestsetzung weiter behandelt hat, nicht in Betracht kommen. Für die Frage, wie sich das durch den Unfall verursachte Leiden in der Folgezeit gestaltet hat, könnte vielmehr lediglich die Äußerung des derzeitig behandelnden Arztes maßgebend sein. Die angeführte Entscheidung des Reichsversicherungsamts spricht das mit voller Entschiedenheit aus und gibt damit eine wichtige Auslegung des § 69 Abs. 3 Satz 1 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes. Ernst Joseph.

Medizinalstatistische Daten.

Die Todesursachen in Buenos-Ayres im Jahre 1905.

Die Todesursachen von Buenos-Ayres werden sehr sorgfältig erhoben und in detaillierter Weise nach dem Bertillonschen Todesursachenverzeichnis von 179 Nummern im „Bulletin Mensuel de Statistique Municipale“ veröffentlicht, eine Auszählung findet dabei nach dem Geschlecht und nach 14 Altersklassen statt. Buenos-Ayres, die Hauptstadt der argentinischen Republik, liegt bei 34½° s. Br., die mittlere Einwohnerzahl im Jahre 1905 war 994000 Einwohner, die Hauptmasse der Bevölkerung sind Spanier und Italiener. Es kamen 1905 auf 1000 Einwohner 35,98 Geburten (inkl. Totgeburten) und 16,01 Sterbefälle (ohne Totgeburten); diese günstigen Ziffern erklären sich daraus, daß die Einwanderung in Buenos-Ayres sehr groß ist. Von den Geborenen sind 4.4 % totgeboren; dieser Prozentsatz ist so hoch, da auch schon die Früchte des 6. Monats mitgezählt sind (bei uns erst die des 7. und späteren Monats). Die Todesursache blieb nur bei

0,5 % der Gestorbenen unbekannt. Auf 10000 Einwohner starben 1905 in Buenos-Ayres an

Abdominaltyphus	1,4
Pocken	4.9
Masern	0.8
Scharlach	0,3
Keuchhusten	0,5
Diphtherie und Croup	0,7
Influenza	0,5
Lepra	0,1
Rose	0,5
Pyämie	1,4
Tuberkulose der Lungen	19,4
„ der Hirnhaut	0,8
„ anderer Organe	1,4
Maligne Tumoren	9.6
Diabetes	0.8
Einfache Hirnhautentzündung	9,6
Gehirnschlag	6.6
Krämpfe der Kinder	0,7
Tetanus	1,4
Akute Endokarditis	8,6
Organische Herzfehler	8.1
Akute Bronchitis	2,5
Chronische Bronchitis	0.7
Bronchopneumonie	12.8
Pneumonie	7.0
Rippenfellentzündung	0.8
Darmkatarrh } der Kinder unter 2 Jahren	9.1
Chron. Darmkatarrh } der Kinder unter 2 Jahren	4,0
Darmkatarrh (über 2 Jahre)	1.7
Echinococcus	0.3
Lebercirrhose	1,1
Einfache Peritonitis	2.6
Appendicitis, Phlegmone der Fossa iliaca	0,4
Akute Nephritis	2,2
Brightsche Krankheit	3,9
Üble Zufälle bei Schwangerschaft und Geburt	0,4
Puerperalfieber	0,6
Angeborene Lebensschwäche, Bildungsfehler	4.0
Altersschwäche	1,6
Gewaltsame Todesfälle	5,9

Es starben überhaupt im Jahre 1905 an Malaria 7 Personen, an Dysenterie 6, an Lepra 11, an Milzbrand 6, an epidemischer Genickstarre 1, an Tumeurs hydatiques du foie (Echinococcus) 25. Die Echinokokkenkrankheit scheint danach sehr verbreitet in Argentinien. Die Sterblichkeit an Tuberkulose, die früher in Buenos-Ayres sehr häufig war (1875—79 34 Sterbefälle auf 10000 Einwohner), hält sich jetzt in mäßigen Grenzen, häufig sind die Sterbefälle an malignen Tumoren, an Pocken, an einfacher Hirnhautentzündung und namentlich an Herzaffektionen. Von den Sterbefällen an einfacher Hirnhautentzündung treffen allein 40,2 % auf das erste Lebensjahr; bei den nach Angabe der Leichenscheine an akuter Endokarditis Gestorbenen handelt es sich meist um ältere Personen.

Die Kindersterblichkeit war in Buenos-Ayres 1905 sehr klein (10,0 auf 100 Lebendgeborene); sie erreicht ihr Maximum in der zweiten Regenzeit, also am Ende des Frühjahrs (Oktober, November) und bei Beginn des Sommers (Dezember). Die Tabelle auf S. 172 enthält die ganzen Ziffern: dabei ist die mittlere Temperatur in Celsiusgraden und die Summe der Niederschläge mitgeteilt.

Es scheint, daß im November aus Versehen in dem Bulletin Mensuel die Ziffern des Oktober eingesetzt wurden.

Die Kindersterblichkeit ist am höchsten in der zweiten Regenzeit, also im Frühjahr und Sommersanfang, während die große Hitze im Sommer (Januar-Februar) den Kindern weniger gefährlich ist. Wie anderwärts sieht man auch in Buenos-Ayres, daß die Kinder des ersten Lebensmonats im Winter (Juli!) am meisten gefährdet sind.

Monate	Gestorben überhaupt	Gestorben im 1. Lebensjahre 1. Mon.	2.—6. Monat	7.—12. Monat	zusammen	Mittlere Temp. °C	Niederschläge mm
Januar	1 246	57	89	114	260	23,0	64,8
Februar	1 017	39	81	80	200	22,4	52,9
März	1 166	53	95	65	213	22,4	138,4
April	1 146	57	95	57	209	17,2	188,1
Mai	1 342	92	108	85	285	13,2	51,0
Juni	1 328	88	91	61	240	12,3	23,3
Juli	1 463	101	115	76	292	9,2	68,0
August	1 449	96	94	89	279	12,0	51,5
September	1 334	86	103	106	295	15,0	41,6
Oktober	1 387	63	153	131	347	16,4	201,3
November	1 535	69	197	169	435	19,6	201.3
Dezember	1 503	51	138	163	352	22,5	82,2
Jahr 1905	15 916	852	1 359	1 196	3 407	—	1 167,4

Sehr viele Todesfälle verursachen die Pocken (484 im Jahre 1905) und zwar das ganze Jahr hindurch. Von den Gestorbenen standen im Alter von

0— 1 Jahren	118	20—30 Jahren	75
1— 5 „	143	30—40 „	50
5—10 „	16	40—50 „	22
10—15 „	7	50—60 „	17
15—20 „	33	60—80 „	3

Danach standen 54 % der an Pocken Gestorbenen im Alter von 0—5 Jahren. Durch Gesetz vom 27. August 1903 ist der Impfzwang (erste Impfung im ersten, Wiederimpfung im zehnten Lebensjahre, Veröff. d. K. Ges.-Amts 1904, S. 1156) eingeführt; zu welchem Zeitpunkt das Gesetz in Kraft trat und mit welcher Strenge es durchgeführt wird, ist mir nicht bekannt. Auch der Tetanus ist sehr häufig; von den 143 Fällen des Jahres 1905 betrafen 111 (= 77 %) Kinder des ersten Lebensmonats, also wahrscheinlich Neugeborene. F. Prinzing.

Aus der Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik in Berlin.[1])

Sitzung vom 9. November 1905.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr Lennhoff.

Der Vorsitzende eröffnet die Sitzung und erteilt Herrn Laquer-Wiesbaden das Wort.

Herr Laquer trägt über **„Nahrungsmittel- und Alkoholkonsum im Haushalte des amerikanischen Arbeiters“** vor. In den Vereinigten Staaten gibt es 7 Mill. Fabrik- und 10 Mill. Landarbeiter, bei uns je 8 Mill. Die 7 Mill. amerikanischer Lohnarbeiter bezogen im Jahre 1900 durchschnittlich 1920 Mk., das ist $6^1/_3$ Mk. pro Tag (in Deutschland 780 Mk.); das Verhältnis ist wie 32 zu 13.

[1]) Nach den „Verhandlungen“ der Gesellschaft, Nr. 9—11, Sonderdruck aus der „Medizinischen Reform“, hrsg. von R. Lennhoff.

Entscheidend ist natürlich die Kaufkraft dieses Lohnes bzw. des Dollars. Der billige Massenartikel beherrscht den Konsum des kleinen Mannes. Zusammen mit der billigen Nahrung bewirkt er eine hohe Kaufkraft des Dollars. Die 475 Dollars Lohn bedeuten also wirklich 1920 Mk. Die von Grotjahn für deutsche Verhältnisse aufgestellte These, daß der Proletarier inmitten der Abwandlung von ländlicher zu städtischer Nahrung stecken geblieben sei, gilt nicht für Amerika. Der amerikanische Arbeiter ißt dreimal so viel Fleisch, Mehl, Zucker, Gemüse, Früchte, Obst, zweimal so viel Eier, die Hälfte Kartoffeln, ein Sechstel Brot und zwar Weizenbrot. Diese Kost hat folgende Vorteile: 1. geringeres Volumen, 2. mehr Eiweiß, 3. größere Schmackhaftigkeit und Abwechslung. Die Gesamtheizwerte der Nahrung sind natürlich die gleichen wie bei uns. Daß der Arbeiter für den erhöhten Konsum nicht mehr bezahlt, als er in Deutschland zahlen würde, geht auch aus den Preistabellen hervor, die das Septemberbulletin des Bundesarbeitsamts zu Washington 1904 wiedergibt. Redner berührte alsdann den Reis- und Obstkonsum in den Vereinigten Staaten und in Deutschland (die Obsternte betrug im letzten Jahre in Amerika 83 Mill. Dollars), sowie die Frage: Wie viel Prozent des Einkommens gehen auf die Nahrung drauf? Ungefähr so viel wie in Deutschland, nämlich 43 Proz. Die Engelsche Rangordnung, wonach mit steigendem Einkommen der Anteil der Nahrung an den Gesamtausgaben sinkt, gilt auch „drüben". Für Wohnung, Möbel, Beheizung, Beleuchtung verbraucht der amerikanische Arbeiter 23 Proz., das sind 7 Proz. mehr als der deutsche, für Kleidung ist der Prozentsatz der gleiche, nämlich 13 Proz. Für Diversa 21 Proz., in Deutschland 28 Proz. Diese 7 Proz. Differenz vertrinkt der deutsche Arbeiter. Von ca. 2500 amerikanischen Arbeiterfamilien, deren Haushaltungsbücher das Arbeitsamt wirtschaftlich untersuchte, waren 50 Proz. ganz enthaltsam, die übrigen 50 Proz. verbrauchten 3,2 Proz. für alkoholische Getränke. Es gibt drüben Arbeitergewerkschaften, die den Alkohol statutengemäß bekämpfen. Die Zahl ihrer Mitglieder ist ¼ Mill., etwa 15 Proz. aller Organisierten. An dem günstigeren Verhältnis des Gesamtalkoholkonsums Nordamerikas, der sich zu dem Deutschlands wie 2 zu 3 verhält, sind die Lohnarbeiterschichten hervorragend beteiligt. Die geschilderte gute Ernährung spielt die Hauptrolle, daneben der hohe Preis der Getränke, der Sport, die besseren Wohnungen, der schlechte Ruf der Kneipen und anderes: von 6890 Betrieben mit 1¾ Mill. Arbeitern waren in 50 Proz. alle Alkoholika verboten. Besonders die Transportgewerbe sind als während der Arbeit enthaltsam zu bezeichnen. In Deutschland sind in 50 Proz. von 1260 Betrieben nur Schnapsverbote vorhanden.

Sitzung vom 23. November 1905.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr Lennhoff.

Herr H. Neumann trägt über **„Milchversorgung der Säuglinge"** vor. Mit der Entwicklung der Lehre von der Infektion und der Desinfektion kamen auch Methoden auf, die Milch zu konservieren. Sie fanden im Jahre 1886 in dem bekannten Verfahren von Soxhlet einen Ausdruck, der sich schnell die Welt eroberte. Aus dieser Methode, die sich bei uns nur in den Häusern der Wohlhabenden einbürgerte, haben die Franzosen weitere Folgerungen gezogen.

Im Jahre 1892 kam in Paris Prof. Budin auf den Gedanken, die wenigen Kinder, welche in seiner Konsultation des nourrissons nicht an der Brust ernährt werden, mit Milch zu versorgen, die er ihnen nach der Soxhletschen Methode nach Hause mitgab. Im nächsten Jahre faßte Variot für seine poliklinischen

Säuglinge den Gedanken der häuslichen Milchversorgung. Im Jahre 1894 faßte Dr. Dufour in Fécamp den Plan, zur Vorbeugung von Darmkrankheiten systematisch die Kinder zu überwachen und mit Milch zu versorgen. Es existieren jetzt in Paris etwa 28 und im übrigen Frankreich einige 60 Gouttes de lait (Milchküchen). Es wäre nun zu fragen: Ist es überhaupt möglich, ausschließlich die Ernährung der Kinder ärztlich zu überwachen, ohne sich gleichzeitig um das sonstige Befinden der Kinder zu bekümmern? Es war für mich besonders interessant, diesen Punkt auf meinen Reisen zu berücksichtigen. Sie finden z. B. in München Gouttes de lait, oder, wie wir es nennen, Milchküchen, wo sich der Kinderarzt ausschließlich darauf beschränkt, die Kinder mit Nahrung zu versehen und zu wiegen; unter Umständen führt er das Nahrungsrezept aus, das dem Kind von anderen Ärzten verschrieben ist. Hierbei macht man die Voraussetzung, daß das Kind bei Erkrankung zu einem Privatarzt gebracht wird. Hier ist also der einzige Zweck, prophylaktisch die Überwachung der gesunden Kinder so zu gestalten, daß sie nicht durch falsche Ernährung und schlechte Nahrung krank werden. Nun steht es aber außer Zweifel, daß bei den in häuslicher Pflege stehenden darmkranken Säuglingen die Ernährung durch eine Milchküche oft das sicherste oder überhaupt das einzige Mittel ist, um die Heilung herbeizuführen. Es ist daher die Milchküche ein unentbehrlicher Teil einer jeden Kinderpoliklinik während tatsächlich die Vereinigung beider Einrichtungen besonders außerhalb Frankreichs noch sehr selten ist. Freilich wäre es ein großer Irrtum, zu glauben, daß in den Gouttes de lait nun wirklich nur gesunde Kinder versorgt würden; bis 70 Proz. der Säuglinge (z. B. in Brüssel) sind darmkrank oder atrophisch; es erklärt sich dies einfach daraus, daß die Mütter gesunder Säuglinge in der Regel auf die Hilfe einer Milchküche verzichten zu können glauben. Sollen diese Kinder, die naturgemäß sehr anfällig sind, bei Erkrankung noch einen anderen Arzt — neben dem der Milchküche — besuchen? Man verhehlt sich hierbei vollkommen, daß es sich um die Kinder armer Leute handelt, für welche eine solche Zweiteilung in der Säuglingsbehandlung schon aus Zeitmangel nicht durchführbar ist. Vor allem aber gehen diese Leute aus Geldmangel gar nicht oder viel zu selten zum Arzt. Folglich wird der Milchküchenarzt unter Umständen ein in seiner Krankheit **nicht** behandeltes Kind nur zu wägen und zu ernähren haben — eine Stellung, um die ich ihn aus ethischen und aus Standesinteressen nicht beneide. Wenn er sich ferner nur zum Küchenchef macht, der die Verordnungen anderer Ärzte ausführt, so wird er hierbei oft in Gewissenskonflikten komme; denn, wie wir es offen aussprechen wollen, hat die Ernährungslehre der kranken und gesunden Säuglinge in den letzten Jahren so erhebliche Fortschritte gemacht, daß ihnen die Ärzte, welche seit längeren Jahren in arbeitsreicher Praxis stehen, nur selten folgen konnten. Um es kurz zu sagen, so würde ich für unsere deutschen Verhältnisse die ärztlichen Säuglingsberatungsanstalten ausschließlich für die Unbemittelten bestimmen, deren Kinder dort aber außer der prophylaktischen Ernährung auch jeden ärztlichen Rat, soweit er ambulatorisch zu geben ist, erhalten können. Sie wissen, daß die Darmkrankheiten vor allem ihre Opfer in den kleinsten Wohnungen mit der dichtesten Bevölkerung fordern. Dürfen auch Bemitteltere aus der Milchküche Nahrung beziehen, so sind keinenfalls ihre Kinder — auch nicht zum Wägen — in die ärztliche Beratung zu bringen. Sie werden mich hiernach richtig verstehen, daß ich von einer ärztlichen Überwachung bei der künstlichen Säuglingsernährung in keinem Falle absehen möchte; je nach den Vermögensverhältnissen wird sie im Hause oder in öffentlichen Anstalten erfolgen.

Insofern ist es nicht ganz zweckmäßig, wenn man sich bei uns in Deutschland (z. B. in Straßburg und Cöln), in Amerika und England vielfach nur auf die Lieferung guter Säuglingsmilch beschränkt. Allerdings kann hiermit schon sehr viel erreicht werden — selbst wenn man von der idealen Form der fertigen Portionsflaschen absieht und nur gutes Rohmaterial in $^1/_2$ oder 1 Liter-Flaschen ins Haus liefert. Auf die technische Einrichtung der Milchküchen genauer einzugehen, ist an dieser Stelle kaum möglich. Sie werden überrascht sein, wenn Sie die Anleitung von Dufour zur Errichtung einer Goutte de lait durchblättern, in wie kleinen Verhältnissen sich die Einrichtungen bewegen. Die bekanntesten Gouttes de lait der Normandie sind z. B. räumlich so beschränkt, wie es überhaupt nur denkbar ist. Größere und bedeutendere Einrichtungen finden wir merkwürdigerweise erst außerhalb Frankreichs, wo man die Versorgung mit Milch in größerem Maßstabe ins Auge gefaßt hat, als Mustereinrichtung einer Milchküche möchte ich Ihnen die Milchküche der Patriotischen Gesellschaft in Hamburg, Reginenstraße 40, erwähnen, in der allerdings vor der technischen Seite die ärztliche ganz zurücktritt. Noch großartiger sind natürlich Betriebe, die im großen von Gemeinden durchgeführt werden: hier kann ich Ihnen den vorzüglichen Betrieb in Cöln bildlich vorführen, der auf dem dortigen Schlachthofe mit Benutzung der dort vorhandenen elektrischen Kraft, Beleuchtung und Dampfes arbeitet. Die Verteilung der Milch erfolgt meist in der Weise, daß sie von der Anstalt selbst abgeholt wird. Wo infolge der räumlichen Ausdehnung die Milch an verschiedenen Stellen abgeholt werden muß, hat man wie in Cöln öffentliche Wohlfahrtanstalten hierzu benutzt, oder auch, was sich für die Dauer nicht zu bewähren scheint, die Apotheken. In das Haus wird die Milch nur ausnahmsweise geliefert, und es ist dies wohl auch nur dann ohne große Kosten möglich, wenn, wie in Straßburg, die Lieferung von Vollmilch größeren Betrieben übergeben ist. Was nun den Verkaufspreis der Milch betrifft, so hat es sich wohl nirgends bewährt, die Milch umsonst abzugeben. Als Ausnahme könnte ich höchstens die Gratismilchverteilungsanstalt in Budapest erwähnen, in der übrigens nicht nur für Säuglinge Milch verabfolgt wird. Natürlich ist aber der Preis allgemein niedrig gehalten und wird im Notfall weiter ermäßigt, abgesehen davon, daß auch auf Kosten der Armenverwaltung Nahrung abgegeben wird. Mehr als 20—25 Pfg. wird für die Tagesnahrung in Deutschland und Frankreich meines Wissens nirgends verlangt. In Straßburg ist die Bezahlung so geregelt, daß bei einem Preis von 20 Pfg., den die Stadtverwaltung selbst für $^9/_{10}$ Liter zu bezahlen hat, die Arbeiterbevölkerung diese Milch für 18 Pfg., die gemeindewaisenärztlich kontrollierten Kinder für 15 Pfg. und die Stadtarmen umsonst erhalten. In Köln erhält die Bevölkerung, deren Einkommen nicht 2000 Mk. übersteigt, die täglich nötigen Portionsflaschen für 22 Pfg., wobei die wirklichen Herstellungskosten etwa auf 28 Pfg. zu veranschlagen sind. Überhaupt stellen sich in Deutschland nach meiner Kenntnis der Dinge die Kosten in einer Milchküche, welche Einzelportionen abgibt, für den Tag und Kopf bei Großbetrieb und Lieferung ins Haus auf 25 bis 30 Pfg., bei Kleinbetrieb mit starker Variation der Nahrung und Lieferung ins Haus auf 35 bis 40 Pfg., wobei 5 Pfg. für Zustellung ins Haus und 20 Pfg. für 1 Ltr. Vollmilch gerechnet sind. Um eine Milchversorgung im großen durchzuführen, ist vorgeschlagen worden, daß die Gemeinden selbst die Milch produzieren sollen: im allgemeinen besteht weniger hierzu Neigung als dazu, große Unternehmer, denen man bestimmte Bedingungen für die Produktion auferlegen kann, mit der Lieferung zu beauftragen. Daß die Gemeindebehörden

bei einem eigenen Molkereibetriebe, selbst wenn sie nur Milch pachten würden, nicht schlecht zu fahren brauchten, zeigt sich, wenn man die Geschäftsführung des Oeuvre philanthropique du lait von Dr. Henri de Rothschild in Paris genauer studiert; im Jahre 1898 begründet, erhält sie sich jetzt nicht nur aus eigenen Mitteln, sondern kann noch erhebliche Mengen Milch umsonst an Arme abgeben. Rothschild hat eine große Anzahl von Lieferanten, welche die Milch liefern, in einer ländlichen Zentrale wird sie verarbeitet und dann morgens in die Stadt gefahren; dort sind 40 Ausgabestellen, welche nur morgens einige Stunden geöffnet sind, und in welchem die Milch dann zu einem für Pariser Verhältnisse sehr billigen Preis verkauft wird; der offen verkaufte Liter für 25 Centimes, der halbe Liter sterilisierte Milch für 20 Centimes. Letztere ist auch in Flaschen von 60, 100 und 150 Gramm zu haben. Allerdings ist diese Milch, die übrigens meist 4 Proz. Fett enthält, insofern keine Mustermilch, als nur die sterilisierte Milch in geschlossenen Flaschen verkauft wird. Es werden in diesen Depots 600000 Liter offene Milch per Monat verkauft und 50000 sterilisierte Milch für Säuglinge; für 13—1500 Frcs. wird jeden Monat Milch verschenkt. Der buchmäßige Umsatz betrug im letzten halben Jahre 4410000 Frcs. Dieses Beispiel erscheint mir praktisch wichtiger als z. B. das großartige Vorgehen des Philanthropen Nathan Strauß, von dem wir aus New York berichten können, weil es sich dort um eine Einrichtung handelt, welche sich selbst unterhält, während es sich hier um eine Wohltätigkeitseinrichtung handelt, von der Strauß selbst sagt, daß sie durch ihre Kosten bald der privaten Handhabung entwachsen werde (in diesem Jahre wurden schon $2^1/_2$ Mill. Flaschen Milch verteilt). Für unsere deutschen Begriffe wäre es am natürlichsten, daß die Gesundheitspolizei die Milchproduktion so sorgfältig überwachte, daß auch die Säuglinge zu einer geeigneten Milch kämen. Aber leider erhöht sich durch die sorgfältigere Gewinnung immer der Preis soweit, daß der Säugling des Armen diese Milch nicht erhält. Alle Bemühungen durch private Überwachung die Milchproduktion mit Vermeidung einer Preissteigerung zu bessern, halte ich für aussichtslos. Es läßt sich also vorläufig nicht umgehen, daß die Behörden einen Teil der Kosten bei der Ernährung der armen Säuglinge tragen, und hiermit ist, da wir uns über die Notwendigkeit der ärztlichen Mitwirkung schon früher geeinigt haben, die Berechtigung der Milchküchen mit ärztlicher Überwachung erwiesen.

Eine andere Frage ist es, ob sich schon heute statistisch der Nutzen der Milchküchen nachweisen läßt. Man muß mit der Statistik außerordentlich vorsichtig sein. Vielfach wird die Sterblichkeit innerhalb der Gouttes de lait mit der allgemeinen Sterblichkeit der Säuglinge verglichen. Diese Form der Statistik möchte ich außer Betracht lassen, da ich nicht gewiß bin, ob eine große Zahl wichtiger Punkte hierbei genügend verfolgt ist.

Eher könnte man die Säuglingssterblichkeit vor und nach Einrichtung einer Milchversorgung vergleichen, deren Absinken z. B. in New York und in Fécamp auffällig ist; aber es ist nicht möglich, hier die gleichzeitige Einwirkung anderer günstiger Umstände auszuschließen. Bedeutungsvoller ist es, wenn nur in denjenigen Stadtteilen eine Verminderung der tötlichen Darmkrankheiten stattfindet, in denen die Milchverteilung stattgefunden hat. Hierfür finden wir in dem vorzüglichen Aufsatz Finkelsteins[1]) ein schönes Beispiel aus New York.

---

[1]) Schriften des Deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit. 74. Heft, Seite 71/72.

Aber wir brauchen von der Statistik in dieser Frage überhaupt nicht zu viel zu verlangen: die Verbesserung der Milchversorgung als eine Teilerscheinung der Bestrebungen, das Schicksal der Säuglinge überhaupt zu bessern, wird aus sehr komplexen Ursachen mit einer Verbesserung der Säuglingssterblichkeit einhergehen.

Zum Schluß möchte ich noch erwähnen, daß den Gouttes de lait, überhaupt der Milchversorgung, der Vorwurf gemacht wird, daß sie die natürliche Ernährung beeinträchtige und hierdurch mehr schade als nütze. Es ist selbstverständlich, daß die natürliche Ernährung nicht beeinträchtigt werden darf, und wenigstens in Paris ist dies auch nicht der Fall.

Es werden dort bei ca. 60000 Geburten ca. 25000 Kinder in den öffentlichen Entbindungsanstalten geboren. Die Mutter bekommt, wenn sie das Haus verläßt, die Aufforderung, sich in den consultations des nourrissons, welche in den gleichen Anstalten abgehalten werden, wieder vorzustellen. Dort wird eine große Zahl von Säuglingen überwacht, denen man durch Ermunterung und Unterstützung der Mutter die natürliche Ernährung erhält. Da bei uns eine ähnliche Einrichtung nicht besteht und auch nicht angezeigt wäre, wird man mit der Einrichtung der Milchküchen daran denken müssen, auf andere Weise gleichzeitig die natürliche Ernährung zu fördern.

Sitzung vom 23. Januar 1906.

Vorsitzender: Herr Mayet, Schriftführer: Herr Lennhoff.

Herr Adolf Gottstein trägt über: **„Beiträge zur Geschichte der Kindersterblichkeit“** vor. Die nachfolgenden Ausführungen beabsichtigen nicht eine vollständige und lückenlose Geschichte der Kindersterblichkeit seit dem Bestehen statistischer Unterlagen zu geben; es soll vielmehr die geschichtliche Untersuchung nur als Methode herangezogen werden, um brauchbares Vergleichsmaterial für die Beurteilung unserer heutigen Zustände und ihrer Entwicklung zu gewinnen. Es ist daher davon abgesehen, das gesamte vorhandene Material namentlich der neueren Zeit zusammenzutragen, vielmehr haben nur die frühesten und von den späteren Quellen die wichtigsten Berücksichtigung gefunden. Neben dieser Hauptaufgabe erschien es mir überhaupt lohnend, gerade in dieser Gesellschaft einmal auf die Entstehung der Medizinalstatistik im Zusammenhange einzugehen. Denn die Medizinalstatistik ist nur wenige Jahrhunderte alt und ihre Geschichte hat noch keine zusammenfassende wissenschaftliche Darstellung gefunden. Die Medizinalstatistik verdankt ihre Entstehung derselben Bewegung, welche in der Renaissanceperiode so viele Kulturfortschritte zeitigte, der Abschüttelung des mittelalterlichen Fatalismus. Im besonderen Falle war es hier das Bestreben, gegen die Seuchenkatastrophen wirksame Mittel zu gewinnen, welches staatliche und städtische Behörden zur Führung von Totenlisten veranlaßte, um die Höhe der Seuchensterblichkeit festzustellen. Zwar Geburten- und Totenlisten soll es schon in Athen gegeben haben.[1]) Auch die Kirchenbücher des 5. Jahrhunderts nach Christi Geburt (Diptycha Mortuorum) werden in der Literatur erwähnt, sie sind aber nicht auf uns überkommen. Die Listenführung durch kirchliche Behörden soll zuerst im Jahre 1524 auf einer Synode zu Séez gesetzlich geregelt worden sein. In England erließ König Heinrich der Achte im September 1537 ein Edikt, welches den Pfarrern anbefahl, Listen über Taufen, Trauungen und

---

[1]) A. Boekh, Die Staatshaushaltung der Athener. 1851.

Begräbnisse zu führen. In Frankreich erfolgte die gleiche Einrichtung von seiten des Staates durch die „Ordonnance de Villers-Cotterets“, die im August 1539 unter Franz I. von Kanzler Poyer erlassen wurde. In England wie in Frankreich waren starke Ausbrüche der Pest die unmittelbaren Ursachen dieser Edikte. Das Tridentinum gab dann noch 1545 den Pfarrern auf, sorgfältige und genaue Register zu führen. Auch deutsche Behörden ordneten Listenführungen durch die Pfarrer an, so Augsburg 1501, Frankfurt 1551, Breslau 1585, Leipzig 1595. In London soll die Ergänzung der Totenlisten durch Angabe der Krankheitsursachen erst 1592 im Anschluß an eine Pest streng durchgeführt worden sein. Verarbeitet wurden aber diese Listen im 16. Jahrhundert noch nicht. Der erste, der auf die Idee kam, das Material dieser Totenzettel zu benutzen und der somit das erste medizinal-statistische Werk schuf, war der Stadthauptmann Johann Graunt in London. Er kam, angeregt durch Petty, den Begründer der politischen Arithmetik, darauf, das angesammelte Material der Totenzettel zu verarbeiten. Das Ergebnis erschien im Jahre 1662 zu London unter dem Titel: Natürliche und politische Anmerkungen über die Totenzettel der Stadt London. Er starb 1774. Das Werk wurde 1702 von einem anonymen Autor ins Deutsche übersetzt und erschien bei Thomas Fritschen in Leipzig. In diesem kleinen Werk schneidet G. die wichtigsten Fragen der Bevölkerungsstatistik an, er behandelt das Städtewachstum, die Kindersterblichkeit, die Todesursachen, namentlich in Rücksicht auf Unglücksfälle und Änderung des Krankheitscharakters, den Einfluß der Jahreszeiten, den Unterschied in Stadt und Land, er bespricht das Bevölkerungswachstum, den Einfluß der Bevölkerungsdichtigkeit und anderer Vorgänge. Sein Werk enthält im Anhang wohl die erste medizinisch-statistische Tabelle der Todesfälle Londons nach Jahren und Todesursachen geordnet. Noch in dasselbe Jahrhundert fällt eine andere statistische Leistung ersten Ranges, die Schaffung der ersten Absterbeordnung durch den Astronomen Halley. Er veröffentlichte seine Sterbetafel im Jahre 1693 und wurde so Mitbegründer der Theorie der Lebens- und Leibrenten-Versicherungen. Merkwürdigerweise legte der Londoner Halley seinen Studien das Material der Stadt Breslau zugrunde. Die Kritik der Halleyschen Methode beschäftigte bis in die neueste Zeit die Werke der theoretischen Statistik. Es blieb aber lange unaufgeklärt, durch welchen Zufall Halley gerade auf Breslauer Material kam. Erst dem Spürsinn des hervorragenden Breslauer Medizinalstatisikerts J. Grätzer gelang es, den Zusammenhang aufzudecken, den er in seiner wichtigen Schrift „Edmund Halley und Caspar Neumann, Breslau 1883“ klarstellte. Nach Grätzer lebte in Breslau ein Theologe Caspar Neumann, 1648 geboren, dessen Biographie Grätzer mit großer Liebe erzählt. Dieser auch naturwissenschaftlich gut unterrichtete Mann durchforschte die Geburts- und Sterblichkeitsstatistik seiner Vaterstadt aus religiösen Gründen und stellte Beobachtungen über die Zahlenverhältnisse der Geburten und Todesfälle während der Jahre 1687—1691 an. Dieses Material nun verschaffte sich Halley, wahrscheinlich durch die Vermittlung von Leibnitz und Justell und verwendete es für seine Arbeit. Bei Gelegenheit seiner historischen Studien machte nun Grätzer die weitere wichtige Entdeckung, daß das von Neumann benutzte Material in Breslau in einer sonst nirgends bekannten Vollständigkeit noch heute vorhanden und in dem Breslauer Stadtarchiv aufbewahrt war. Er veranlaßte die Breslauer Stadtbibliothek, das Material für dieselben Jahre, die Halley bearbeitet hatte, herauszugeben und mit Hilfe von deren Vorstehern, Markgraf und Frenzel, und des Leiters des Breslauer Statistischen Bureaus, Professor Neefe, rekon-

struierte er diese Zahlen, welche die Geburten und Sterbefälle nach Altersklassen, Monat, Geschlecht und Todesursachen enthalten, in obigem Werke.

Die sorgfältige Aufbewahrung der statistischen Daten, gerade in Breslau, macht es verständlich, daß in derselben Stadt ein halbes Jahrhundert später ein hervorragender Arzt und Naturforscher sich fand, welcher das statistische Material zu Zwecken der Gesundheitspflege und der Seuchenbekämpfung verwertete. Christian Kundmann wurde 1687 zu Breslau geboren und praktizierte in seiner Vaterstadt. Sein Hauptwerk „Rariora item in re medica, oder Seltenheiten der Natur und Kunst, wie auch in der Arzneiwissenschaft, Breslau und Leipzig 1737, 1311 S.“, welches alle möglichen naturwissenschaftlichen, medizinischen, sowie epidemiologischen Kuriosa sammelte, enthält einen letzten Abschnitt: „Reflexions über die Krankheits- und Totenlisten mit medizinischen Anmerkungen begleitet“, in welchem er die Breslauer statistischen Notizen tabellarisch verarbeitete und mit den Ergebnissen anderer Städte verglich. Grätzer weist in seiner Schrift „Daniel Gohl und Christian Kundmann“ [1]) nach, daß Kundmann als Schüler von Neumann von diesem zu seinen Studien angeregt war, daß er ferner in dem Berliner Arzt Daniel Gohl einen mit Unrecht längst vergessenen Vorgänger gehabt hat, aus dessen Werk er das Berliner Material entnommen und daß sowohl dessen als das Breslauer Material von Süßmilch eifrig benutzt wurde. Mit Kundmann ist die rein deskriptive Anfangsperiode der Medizinalstatistik abgeschlossen. Die zweite wissenschaftliche Periode dieser Disziplin beginnt mit Süßmilch, der durch seine „göttliche Ordnung“ der Begründer der wissenschaftlichen Bevölkerungsstatistik geworden ist. Das Werk ist zu bekannt, um seine Entstehungsgeschichte und seine grundlegende Bedeutung für spätere Forschungen hier ausführlich darzustellen. Süßmilch wurde 1737 als Prediger angestellt und zog als Feldgeistlicher in den ersten Schlesischen Krieg. Während dieser Zeit schrieb er die Vorrede zu seinem berühmten Werk: „Die göttliche Ordnung, in den Veränderungen des menschlichen Geschlechts“. Süßmilch suchte die Beziehungen zwischen Geburten, Ehen, Todesfällen und Krankheiten rein empirisch und zahlenmäßig zu begründen und führte die von ihm entdeckte Gesetzmäßigkeit auf einen höheren göttlichen Plan zurück. Die nächsten Jahrzehnte statistischer Forschung befassen sich mit der Herbeischaffung zahlenmäßigen Materials. In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts schufen die Mathematiker Laplace, Bernoulli und andere für die Statistik die theoretischen Grundlagen in dem Ausbau der Wahrscheinlichkeitsrechnung. Die Statistiker versuchten, gestützt auf diese Forschungen, eine Gesetzmäßigkeit in den bevölkerungsstatistischen Vorgängen festzustellen und die Ergebnisse der nüchternen Zahlenreihen in Formeln zu bringen. Den Höhepunkt dieser Richtung erreichte die Bevölkerungsstatistik in den Arbeiten von Quetelet, der durch die Schaffung des Begriffes eines „Homme Moyen“ in seinem bekannten Werk: „Sur l'homme et le développement de ses facultés, Bruxelles 1836“, für längere Zeit maßgebend wurde. Bis zur Exzentrizität verstieg sich diese Richtung, wenn sie aus den wandelnden Zahlen bleibende Gesetze zu konstruieren sich bemühte, wie sie in dem Werke des Königsberger Physikers Moser [2]) wiedergegeben sind, der auch seinerseits die Vorgänge der Absterbeordnung unbekümmert um den Wandel der Zeiten in einfache mathematische Formeln zu bringen suchte. Die heutige Bevölkerungsstatistik, ausge-

[1]) Breslau, Schottländer 1884.

[2]) L. Moser, Die Gesetze der Lebensdauer. Berlin 1839.

rüstet mit allen mathematischen Grundlagen, die zur feinsten Ausbildung gelangten, hat sich entsprechend dem induktiven Charakter der modernen naturwissenschaftlichen Auffassung gänzlich von dieser Richtung losgesagt und legt weniger Wert darauf, aus unzulänglichen Zahlen Gesetze zu formulieren, als möglichst genaue Grundlagen zu sammeln und auf das Exakteste zu vergleichen. Ihre Ergebnisse haben in der Gegenwart besonders in dem großen Werke von Westergaard über Morbidität und Mortalität eine Zusammenfassung gefunden, während zahlreiche aus amtlichen Quellen hervorgegangenen statistischen Arbeiten noch der Ausnutzung harren. Von diesen amtlichen Werken sei für den vorliegenden Zweck besonders hervorgehoben Bd. 48 der Preußischen Statistik: Rückblick auf die Bewegung der Bevölkerung im preußischen Staate während des Zeitraumes vom Jahre 1816 bis zum Jahre 1874 von A. von Fircks, Berlin 1879, desgl. Bd. 188 Dr. Broesicke, Rückblick auf die preußische Bevölkerung von 1875—1900.

Aus den älteren Quellen habe ich mich bemüht, alles zusammenzustellen, was über die Kindersterblichkeit bekannt geworden ist, unter Berücksichtigung der Fehlerquellen, die um so größer werden, je weiter man in der Vergangenheit zurückgeht. Für die Breslauer Listen hat Grätzer die Arbeit erspart, indem er in seiner Monographie über Halley und Neumann das Material der Jahre 1687 bis 1691 selbst tabellarisch schon verarbeitet hat. Ebenso geben die Werke von Süßmilch (dieser in seinen Tabellen 7—26, Bd. II) schon verarbeitetes Material. Aus den reichen Quellen der Vergangenheit seien einige Folgerungen hier wiedergegeben.

Die größten Schwierigkeiten bereitet das vergleichende Studium der Krankheitsursachen; klagt doch schon Süßmilch, daß er mit vielen Bezeichnungen nichts anfangen könne, so z. B. weiß er nicht, was Glaff oder Gläfflein, eine der häufigsten Todesursachen des Kindesalters, bedeutet. Wie wenig auf die Angaben der Todesursachen bei Graunt zu geben ist, beweisen seine eigenen naiven und vielfach zitierten Angaben. Gebucht wurden nämlich die Todesursachen in London von amtlich angestellten alten Frauen, die er euphemistisch Matronen nannte, und deren amtliche Unbestechlichkeit aus seiner folgenden Bemerkung hervorgeht. Er wundert sich, daß trotz der Verbreitung des Morbus Veneris unter den Lebenden die Zahl der Todesfälle auffallend gering ist und nur in einem von ganz armen Leuten bewohnten Kirchspiel die normale Höhe erreicht. Er meint, daß wenn man den Beschauern als alten Frauen, statt daß man ihnen nur einen Groschen geben sollte, 2 Groschen geschenkt hat und ihnen mit einem Becher Ale die Augen erhellt, daß sie diese Kranken einfach als an Schwindsucht gestorben buchen und nur den ganz zerfressenen Pöbel richtig als an der Syphilis gestorben aufführen. Trotzdem ist aus den Mortalitätslisten von Graunt, von Grätzer und Kundmann das eine mit Sicherheit zu konstatieren, daß die Hauptrolle unter den Sterbefällen die Säuglingskrankheiten, die akuten Infektionskrankheiten und die Lungenschwindsucht spielen.

Bei Graunt ist die häufigste Todesursache: Schwindsucht und Husten (44925 Fälle in 20 Jahren); die zweithäufigste Todesursache aber ist: Neugeborene und andere kleine Kinder (32106), sowie „Zahnen und Würmen der Kinder" (14236). Dann folgen Frost und Fieber (22613), Durchlauf und Pocken (10576), Pest (16384) und Konvulsionen (10363).

Kundmann bezeichnet als „die zahlreichste Krankheit" die Lungensucht und als „die andere noch zahlreichere" die „Schwere Not". An schwerer Not

starben fast nur Kinder unter 2 Jahren. „Die Kinder, so in Zahnweh und schwerer Not verstarben, könnte man von den letzten, viele zu den ersten zählen, zum wenigsten, so von einem halben bis 2 Jahren in dem schweren Gebrechen verstarben, weil dieses gemeinlich ein Symptom des Zahnwehs ist. Da insonderheit die Franzosen kein verstorbenes Kind im Zahnweh angeben, sondern alle in „Convulsionibus". Auch bei Graunt ist schwere Not oder Fräß eine Säuglingskrankheit. Bei Gohl ist Phthisis der morbus numerosissimus I (366), Epilepsiae et convulsiones (480) der morbus numerosissimus II, darauf folgen febres acuti generice dicti (202), hydrops (137) und dentitio difficilis (109). Vermutlich betreffen die Convulsiones, wie bei Kundmann großenteils Säuglinge.

Ziemlich sichere Schlüsse lassen sich aus den Angaben, betreffend die Totgeburten gewinnen. Nach Graunt beträgt die Zahl der Totgeburten 47 pro Mille der Geburten. Grätzer führt die Zahl 52 an und teilt sie an seinem Material nach Geschlechtern und Ehelichkeit. Dabei ergibt sich, daß die Knaben eine größere Zahl aufweisen, ebenso daß die Zahl der Totgeburten unter den unehelichen Kindern eine erheblich gesteigerte ist. Während bei Kundmann das Verhältnis noch 54 pro Mille ist, sinkt es bei Süßmilch in den Städten schon auf etwa 40—45. Moser und Quetelet führen noch die Teilung von Stadt und Land ein, während sie für das Verhältnis der Geschlechter und der Ehelichen zu den Unehelichen das vorher schon Festgestellte nur bestätigen. Süßmilch wie Casper[1]) und Formey[2]) versuchen den Ursachen der Totgeburten nachzugehen und dabei das geburtshilfliche Personal in Schutz zu nehmen, das an der Höhe der Sterblichkeit unschuldig sei. Ich beabsichtige, das zahlenmäßige Material an anderer Stelle zu veröffentlichen und will hier nur anführen, daß auf die Zahl der Totgeburten zwei Faktoren einwirken, ein natürlicher und ein sozialer. Der natürliche bedingt einen Überschuß der Knabensterblichkeit, der ein konstantes Verhältnis von ungefähr 106 : 100 ergibt. Der soziale Faktor bewirkt mit dem Fortschreiten der Kultur, der Fürsorge für die Hilfsbedürftigen und der besseren Ausbildung der ärztlichen Kunst und Hilfsbereitschaft eine stete Abnahme der Zahl der Totgeburten, welche doch vom 17. bis zum 20. Jahrhundert diese Zahl fast auf die Hälfte herabgesetzt hat (35 pro mille).

Was die Frage der Kindersterblichkeit anbelangt, so ergibt sich die Einteilung in Säuglingssterblichkeit und Sterblichkeit der Kinder über ein Jahr von selbst. Für die allerersten Mitteilungen von Graunt und Kundmann fehlt leider diese Trennung. Süßmilch beklagt es direkt, daß er nicht wisse, was Graunt unter Kindern verstehe. Graunt stellt die Behauptung auf, daß ungefähr ein Drittel von allen lebend Geborenen stirbt, ehe sie 5 Jahre alt werden und 36 Proz. vor dem 6. Jahre. Er bleibt aber den Beweis schuldig. Wenn man seine Mortalitätstabelle ansieht, so gehören mindestens 3 Rubriken, nämlich Nr. 15, Neugeborene und andere kleine Kinder, Nr. 50, Kinder, so zu Tode gedrucket oder bei den Säugeammen verhungert sind und Nr. 75, „Zahnen und Würmen der Kinder", dem Säuglingsalter an, wahrscheinlich auch 19 und 20 Convulsiones und Krämpfe zum größeren Teil. Das sind aber 6.1 Säuglinge auf 1000 Einwohner der von ihm angegebenen Bevölkerung und 25 Proz. aller Gestorbenen sowie auf die Geburtenanzahl berechnet, über 30 Proz. Bei Grätzer

---

[1]) Beiträge zur Medizinischen Statistik und Staatsarzneikunde, Berlin, Dümler 1825.

[2]) Versuch einer medizinischen Topographie von Berlin 1796.

kommen 24,6 Säuglingstodesfälle auf 100 Geburten und bei Kundmann in Breslau 1722, sogar 43 Proz. Bei Kundmann ist es allerdings wahrscheinlich, daß diese enorm hohe Zahl auf einem Methodenfehler beruht, insofern als bei ihm die Zahl der Geburten identisch ist mit der Zahl der im Kirchenbuch als getauft vermerkten.

Sobald man aber versucht, exakt aus dem historischen Materiale Tabellen der Säuglingssterblichkeit herzustellen, so stößt man auf unüberwindliche methodische Schwierigkeiten. Man kann die Säuglingstodesfälle auf die Zahl der Gesamttodesfälle oder der Lebenden berechnen, dann sind die Ergebnisse nicht ohne weiteres vergleichbar, weil ja die Zahl der Geburten im Laufe der Jahrhunderte erheblich schwankte. Eine Berechnung auf die Geburtenzahl ist nur für das erste Jahr angängig, und vielfach fehlen zuverlässige Angaben; die Methoden der Erhebung der Überlebenstafeln in früherer Zeit sind schließlich weniger exakt gewesen als die heutigen und lassen daher auch keine Schlüsse zu. Außerdem vergleiche man z. B. im „Gesundheitswesen des preußischen Staates im Jahre 1903", Berlin 1905, auf S. 14 die Schwankungen nach der geographischen Lage in demselben Jahre, die zwischen 357 (Danzig) und 139 (Barmen) liegen, während der Durchschnitt des Staates 230,5 beträgt, um sich darüber klar zu werden, daß das dürftige Zahlenmaterial der Vergangenheit nur zu ganz summarischen Schlüssen berechtigt, wenn noch heute in einem Jahre je nach der Örtlichkeit die Zahlen in so weiten Grenzen schwanken. Immerhin habe ich in zwei Tabellen die Anteile der Säuglingssterblichkeit und der Gesamtsterblichkeit und die vorhandenen Daten der Überlebenstafeln zusammengestellt.

Tabelle I.

Auf 1000 Todesfälle kamen Kinder im Alter von

		0—1 Jahr	0—2 Jahr	0—5 Jahr	0—10 Jahr
Grätzer		246			494
Graunt		258—306			
Kundmann und Süßmilch	London 1718—1751		364	484	514
	Wien		363	430	478
	Berlin 1752—1753	254	379	491	519
	Breslau 1722—1724	379	433	533	589
Casper 1780—1822					506—535
Berlin 1904		329		383	

Tabelle II.

Überlebende. Absterbeordnung.

Von 1000 Geborenen erreichten Lebensjahre:

	1	2	3	5	10
Graunt				640	
Grätzer	754			661	
London 1718—1737, Hodgson	710	614	564	526	490
Süßmilch	750	661	618	593	539
Kerßeboom	804	768	736	688	646
Quetelet	775	705		624	588
Deutsche Sterbetafel bei Westergaard	747	699	676	649	621
Berlin 1904 m.	723	603	669	653	638
Berlin 1904 w.	761	719	704	688	671
Preußischer Staat 1904, nach Broesicke, Pr. Statistik Bd. 188	779	728	707	684	661

Es ergibt sich aus nachstehenden Zahlen der Schluß, daß die Säuglingssterblichkeit seit mehr als 200 Jahren bis in die neueste Zeit ungefähr die gleich hohe geblieben ist, daß sie in einigen Städten zwar etwas geringer geworden, in anderen Städten vielleicht sogar in der neuesten Zeit etwas größer ist, als vor 200 Jahren. Diese Erscheinung ist nach zwei Seiten hin von Belang. Zunächst beweist die Konstanz der Säuglingssterblichkeit eine große Rückständigkeit unserer Tage. Denn in allen anderen Altersklassen ist die Sterblichkeit durch die Fortschritte der Kultur, der Hygiene und Medizin erheblich herabgegangen. Wenn die Säuglingssterblichkeit allein eine Ausnahme macht, so ergibt dies eben eine relative Zunahme dieser Quote des Todes. Ferner verdient die Höhe der Säuglingssterblichkeit vor 200 Jahren alle Aufmerksamkeit, denn man ist ja darüber einig, daß die Hauptursache dieses Volksschadens die künstliche und falsche Ernährung ist, und man nimmt an, daß diese erst in der neueren Zeit besonders überhand genommen habe, während man früher viel häufiger oder fast ausschließlich die Mutterbrust reichte. Das ist aber ein Irrtum; schon früher war offenbar die künstliche Ernährung sehr verbreitet. Zunächst trugen die Findelhäuser hierzu bei (als Überschrift des Pariser Findelhauses war vorgeschlagen: „Içi on tue les enfants aux frais publics"). Dann gab es überall Ammen. Schon Graunt spricht von „Kindern, so bey den Säugeammen verhungert sind". Drastisch ist aber die ausführliche Schilderung, die Kundmann von der künstlichen Ernährung gibt. Auch er, wie später Casper, Formey und Süßmilch betonen, daß das Ammenwesen ziemlich verbreitet ist und daß die Sterblichkeit der von Ammen ernährten Kinder größer als die der von den Müttern aufgezogenen Kinder ist. Hierzu trägt die Verbreitung der venerischen Krankheiten nach der Ansicht dieser Autoren viel bei und Kundmann zitiert den Fall seiner eigenen Schwägerin, die eine syphilitische Amme annahm, und Casper den Fall eines von einer syphilitischen Amme untergeschobenen Kindes. Wo aber Ammenwirtschaft ist, werden wohl stets deren eigene Kinder künstlich genährt.

Außer diesen direkten Angaben über die Verbreitung unrichtiger künstlicher Ernährung der Säuglinge, die fast 200 Jahre alt sind, und außer den zahlenmäßigen Angaben über die hohe Sterblichkeit der Säuglinge verfüge ich noch über einen indirekten Beweis für die Ausbreitung der künstlichen Ernährung der Säuglinge, der mir sehr zwingend erscheint. Das ist die Verteilung der Todesfälle nach Monaten. Bei uns liegt gegenwärtig die Sache so, daß wir eine gesteigerte Wintersterblichkeit für die Gesamtbevölkerung haben, und eine gesteigerte Sommersterblichkeit, welche lediglich auf das Konto der erhöhten Sterblichkeit der künstlich ernährten Säuglinge zurückzuführen ist. Die letztere ist aber eine so große, daß sie die erstere übersteigt und wenigstens in den Städten einen Höhepunkt der Gesamtsterblichkeit in den Sommermonaten hervorruft. Nun hat diese Steigerung der Sterblichkeit der gesamten Bevölkerung im Sommer nicht immer bestanden, wenigstens führen Süßmilch und vor allem Quetelet Tabellen an, nach denen bei gemischter Bevölkerung von Stadt und Land die höchste Sterblichkeit in den Wintermonaten, die niedrigste Sterblichkeit im Sommer war. Aber Quetelet wußte sehr wohl, daß, was für die Gesamtsterblichkeit gilt, nicht für das Säuglingsalter zutrifft, daß vielmehr im Säuglingsalter die Sterblichkeit der Säuglinge durch die Sommerhitze gesteigert wird, wenn auch im Winter die Steigerung eine noch höhere ist. Quetelet verfolgt sogar die einzelnen Lebensmonate nach Kalendermonaten, wobei sich herausstellt, daß das 2. Lebensvierteljahr durch die Sommerhitze am meisten gefährdet ist.

Diese Lehre Quetelets, daß der Sommer die niedrigste Sterblichkeit hat, war Virchow auffallend genug, weil zu seiner Zeit in Berlin das entgegengesetzte Ergebnis vorlag. In Berlin hatte die Gesamtsterblichkeit 1866—1870, wie heute auch, im Juli und August ihr Maximum. Als aber Virchow die Kinder von den Erwachsenen abtrennte, fand er, daß die Abweichung der Verhältnisse Berlins von den Angaben Quetelets lediglich durch die Kindersterblichkeit hervorgerufen wurde. Wenn man die Kinder herausließ und die Sterblichkeitsverhältnisse der übrigen Bevölkerung allein zusammenstellte, so fiel die Sommersteigerung weg, und es ergab sich eine Sommerbaisse genau wie bei Quetelet.[1]) Der Sommerabfall ist also eine biologische Erscheinung der Sterblichkeitsbewegung, die Sommersteigerung der Säuglinge eine soziale Erscheinung, bedingt durch künstliche Ernährung; sie ist aber so groß, daß sie die natürliche Sterblichkeitsbewegung der Gesamtbevölkerung wenigstens in den Städten überkompensiert. Nun hat Grätzer an seinem Material die Gesamtsterblichkeit und die Gestorbenen des 1. Lebensjahres nach Kalendermonaten geordnet und ist dabei zu dem Ergebnis gekommen, daß sowohl die Gesamtsterblichkeit, wie auch die Sterblichkeit der Kinder unter einem Jahre ihren Höhepunkt wie noch heute in Breslau, Berlin und den großen Städten, im August erreicht, und zwar ist die Sterblichkeit der Säuglinge, den Durchschnitt auf 100 berechnet, im August 152, die Gesamtsterblichkeit 109. Die Sommersterblichkeit der Säuglinge war also damals eine so erhöhte, daß sie sogar trotz entgegengesetzter Neigung genau wie heutzutage der Gesamtsterblichkeit den Charakter einer Sommersteigerung aufprägte und die Neigung der Sterblichkeit, im Sommer zu sinken, überkompensierte. Auch bei Kundmann, der für zwei Breslauer Jahre eine Monatstabelle gibt, findet sich diese Sommersteigerung der Sterblichkeit. Wir müssen an dieser Erscheinung des sommerlichen Gipfels, die lediglich durch die abnorme Steigerung der Säuglingstodesfälle bedingt ist, als einer Jahrhunderte alten Erscheinung in den Städten festhalten, und da in der Gegenwart als deren Ursache die künstliche Ernährung der Säuglinge erwiesen ist, so dürfen wir wohl auch auf die gleichen Ursachen in der Vergangenheit schließen. Was die ökonomische Bedeutung der Kindersterblichkeit betrifft, so war wohl Quetelet der erste, der sie würdigte, indem er sagte: „L'homme pendant ses premières années vit aux dépens de la société, il contracte une dette qu'il doit acquitter un jour; et s'il succombe avant d'avoir réussi à le faire, son existence a été pour ses concitoyens plutôt une charge qu'un bien.“ Was nun die Kindersterblichkeit jenseits des Säuglingsalters betrifft, so war sie im Vergleich zur heutigen Zeit, wie die obigen Überlebenstabellen ganz zweifellos ergeben, eine ganz erheblich höhere. Nach Graunt starben bis zum 6. Jahre 36 Proz., nach Grätzer bis zur Erreichung des 1. Lebensjahres 25 Proz., des 5. Lebensjahres 33 Proz. Nach Kundmann übertrifft die Kindersterblichkeit die der Erwachsenen.

Jenseits des Säuglingsalters ergibt sich für die neueste Zeit eine ganz beträchtliche Abnahme der Kindersterblichkeit. Der Grund ist in der Abnahme der Infektionskrankheiten, besonders aber in dem Zurücktreten der Pocken zu suchen, die eine ausgesprochene Kinderkrankheit waren. Es ist selbstverständlich, daß eine derartige Erscheinung, die durch die Einführung der Jennerschen Impfung die Zahl der Pockentodesfälle plötzlich und in ganz außerordentlicher Stärke

[1]) Virchow, Gesammelte Abhandlungen zur öffentlichen Gesundheitspflege, Bd. I, S. 564 ff.

herabsetzte und damit die Gesamtsterblichkeit der Kinder wesentlich verminderte, den damaligen Ärzten zu denken gab.

Es starben an Pocken nach Casper in Berlin:

1782/1791 4453, 1792/1801 4999, 1802/1811 2955, 1812/1821 554.

Merkwürdigerweise aber wurden die hervorragendsten Männer dieser Erscheinung nicht gerecht.

Es waren besonders Malthus, der gestützt auf Heberden und Quetelet, der sich auf Villermet berief, welche die Ansicht aussprachen, daß die Herabminderung der Pockensterblichkeit nur ein scheinbarer Gewinn sei, denn die Abnahme der Todesfälle würde die anderen Krankheiten tödlicher machen.

Malthus war der Ansicht,[1]) daß die Ausrottung einer Krankheit nur das Signal für die Geburt einer anderen, vielleicht noch tödlicheren sein werde. Die Kanäle, durch welche der große Strom der Sterblichkeit flösse, würden stets eine gegebene Menge mit sich führen. Wenn wir irgend einen dieser Kanäle verstopften, sei es vollkommen klar, daß der Strom der Sterblichkeit durch einen der anderen Kanäle kommen müsse, d. h. wenn wir gewisse Krankheiten ausrotten, würden andere verhältnismäßig tödlicher verlaufen.

In demselben Gedankengange bewegt sich selbst ein Laplace, wenn er sagt:[2]) „On trouve, que l'extinction de la petite vérole au moyen de la vaccine augmenterait de plus de trois années la durée de la vie moyenne, si d'ailleurs cette durée n'était point restrainte par la dimination rélative des subsistances due à un plus grand accroissement de la population.“ Und Quetelet zitiert Villermet, der von der Abnahme der Pocken keinen direkten Vorteil für die Bevölkerungszunahme erwartet, sondern nur den indirekten der Abnahme der Blinden. Quetelet meint, daß „un excès de commisération peut devenir un encouragement pour le vice et une véritable charge toujours croissante pour la société.“

Tabelle III.
Es starben nach Casper in Berlin Kinder:

	Pocken.	Akute Exantheme.	Brustkrankheiten.	Andere Kinderkrankheiten.	Geburtenzahl.
1786—1789	2342	291	693	6800	19 913
1819—1822	25	330	481	8313	26 971

1780—1799: Auf 100 Geburten 51 Kindertodesfälle.
1815—1822: „ 100 „ 43 „

Gegenüber dieser spekulativen Skepsis berührt wohltuend die rein nüchterne induktive Betrachtungsweise von Casper. Er vergleicht die Abnahme der Pocken mit dem Verhalten der anderen kindlichen Infektionskrankheiten und findet, daß diese Krankheiten zwar absolut zugenommen haben, weil die Pocken ja mehr Kinder am Leben ließen, daß aber relativ auf die Lebensdauer berechnet, ihr Stand höchstens der gleiche geblieben sei, so daß die Gesamtsterblichkeit abge-

[1]) Versuch über das Bevölkerungsgesetz.

[2]) Théorie analytique des probalités 1812, S. 445.

nommen habe, nicht aber zugenommen oder selbst gleich geblieben sei, was doch der Fall hätte sein müssen, wenn die Hypothese von der Zunahme anderer Kinderkrankheiten zutreffend wäre. Der Grundgedanke von Casper ist unanfechtbar, wenn wir gleich vom modernen statistischen Standpunkte aus sein Beweismaterial noch nicht als ausreichend betrachten können. Die Neuzeit hat aber unwiderleglich bewiesen, daß für die Abnahme einer Infektionskrankheit keine Kompensation durch absolute Zunahme anderer eintritt, daß vielmehr diese Abnahme ein dauernder Gewinn bleibt. Für uns ist die Caspersche Ausführung von besonderem Interesse, denn dieselbe Frage, bloß in etwas anderer Fassung, ist in neuester Zeit wieder auf die Tagesordnung gekommen. Während man damals sagte, statt einer beseitigten Krankheit würde der Strom des Todes sich neue Bahnen bilden, sagt man heute, die Erhaltung zahlreicher Individuen, die sonst dem Tode verfallen wären, würde ein schwächlicheres, für andere Schäden hinfälligeres Geschlecht erwachsen lassen, so daß durch Beseitigung der Auslese eine Degeneration der Gesamtbevölkerung heraufbeschworen würde. Der Streit wurde von der einen Seite der Degenerationstheoretiker mit Abstraktionen, von der anderen Seite (M. Gruber, Prinzing u. a.) mit Tatsachen geführt.[1] Trotzdem ist eine Verständigung bisher nicht erfolgt, und wie mir scheint, lediglich infolge der verschiedenen Fassung des Streitobjektes. Man muß auch diese Frage nicht qualitativ, sondern quantitativ fassen. Prinzipiell ist die Theorie richtig, daß, wenn der Schutz der Schwachen soweit geht, eine Zahl schwächlichster Existenzen zu erhalten, die Gesamtgesundheit der Bevölkerung Schaden erleidet. Praktisch ist für die heutigen Zustände aber auch die Widerlegung richtig, daß bisher die Maßregeln zur Verminderung der Sterblichkeit die Gesundheit der Gesamtbevölkerung nur verbessert haben. Die Lösung der Streitfrage liegt darin, daß man die Größe der Schädigung in Betracht zu ziehen hat. Eine Schädlichkeit, die von der großen Zahl der Bevölkerung anstandslos überwunden wird und nur etwa dem Leben eines Bruchteils von wenigen Prozenten vermöge deren angeborener oder erworbener ungünstiger Konstitution verhängnisvoll wird, kann indirekt, um das Wort von A. Plötz zu brauchen, selektorisch wirken und die Gesellschaft von belastenden schwächlichen Elementen befreien. Eine Schädigung, die so gefährlich ist, daß sie einen ganz beträchtlichen Bruchteil der Bevölkerung vor Erreichung des der Gesellschaft nützlichen Lebensalters hinwegrafft, ist unter allen Umständen kontraselektorisch und daher eine im Interesse aller zu bekämpfende Gefahr. Gegenwärtig hat zwar die Kindersterblichkeit durch Hebung der Kultur gegen die früheren Jahrhunderte um ein Erhebliches abgenommen, aber sie rechnet doch noch mit so außerordentlich großen Zahlen, daß unter allen Umständen der Kampf gegen deren Ursachen fortgesetzt werden muß, ohne daß man eine Degeneration zu befürchten braucht.

Zeitschriftenübersicht.

Ärztliche Sachverständigen-Zeitung. Hrsg. von F. Leppmann. 1906. Nr. 5: F. Kirchberg, Lysolvergiftung und Arzneimittelgesetzgebung. Moser,

[1] Eine ausführliche Darstellung findet sich bei A. Grotjahn, Soziale Hygiene und Entartungsproblem, Soziale Hygiene von Weyl, Jena 1904.

Trauma und Gelenktuberkulose. — Nr. 6: Leppmann, Ein Haarfetischist. Roth, Die Mitwirkung der Ärzte bei der Durchführung des Gesetzes, betr. die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 28. August 1905. Herzfeld, Gutachten betr. den § 6 Abs. 2 des Bahnarztvertrages. Meldepflicht der Bahnärzte bei ansteckenden Krankheiten. — Nr. 7: Schwechten, Die Beförderung von Kranken im Bereiche der Preußisch-Hessischen Eisenbahngemeinschaft. Schwartz, Mitwirkung der behandelnden Ärzte bei der Typhusbekämpfung. Köhler, Invalidenrentenstreit bei einem Falle von Lungentuberkulose, kombiniert mit Hysterie. Reitz, von, Geistesschwäche und fraglicher perverser Geschlechtstrieb. — Nr. 8: Revenstorf, Über Nachkrankheiten nach Sturz ins Wasser und Rettung aus Ertrinkungsgefahr, nebst Bemerkungen über den Zusammenhang von Geschwülsten mit Unfällen.

Medizinische Reform. Hrsg. von R. Lennhoff. 1906. Nr. 8: Sayffaerth, Die deutsche Arbeiterversicherung der Zukunft. — Nr. 10: Mayet, Umbau und Weiterbildung der sozialen Versicherung. — Nr. 11: Mayet, Umbau und Weiterbildung der sozialen Versicherung (Schluß). — Nr. 13: Berghaus, Ausnutzung verminderter Erwerbsfähigkeit. — Nr. 14: Schwiening, Über Körpergröße und Brustumfang bei Tuberkulösen und Nichttuberkulösen. — Nr. 15: Kluhse, A. Die Gesundheitsverhältnisse bei der Berliner Feuerwehr. — Nr. 16: Die Ergebnisse ärztlicher Untersuchungen von Londoner Schulkindern. — Nr. 17: M. v. Schulz, Hygienische Vorschriften in Berliner Tarifverträgen.

Medizinische Klinik. Hrsg. von K. Brandenburg. 1906. Nr. 8: E. Kürz, Soziale Hygiene (Fortsetzg.); L. Feilchenfeld, Schule und Infektion. — Nr. 9: E. Kürz, Soziale Hygiene (Schluß). — Nr. 10: J. Bloch, Persönliche Eindrücke von meiner diesjährigen Vortragsreise. — Nr. 11: P. Wernicke, Die gegenwärtige Entwicklung des Volksnervenheilstättenwesens in Deutschland; F. Kirchberg, Der ärztliche Versuch am Menschen. — Nr. 12: R. Kutner, Über die Notwendigkeit, psychiatrisch-neurologische Polikliniken an die Irrenanstalten anzugliedern.

Prager Medizinische Wochenschrift. Hrsg. von K. Walko. 1906. Nr. 1: R. Kuh, Über die Gewichtsbehandlung der Skoliose. — Nr. 2 und 3: M. Urban, Zur altvolkstümlichen Therapie der Lungentuberkulose. — Nr. 6 und 7: G. Pick, Die Grundlagen der wirtschaftlichen Organisation. — Nr. 8—10: Über jetzt schon von den Ärzten anläßlich der bevorstehenden Reform der Arbeiterversicherung einzuleitende vorbereitende Schritte. — Nr. 9: Die freie Organisation der deutschen Gemeinde- und Distriktsärzte in Böhmen. — Nr. 10: J. Ekstein, In Angelegenheit der Reform des Sanitätsgesetzes. — Nr. 11: Holitscher, Alkohol und Tuberkulose; Entwurf der Statuten der Freien Organisation der deutschen Distrikts- und Gemeindeärzte Böhmens. — Nr. 12: Holitscher, Alkohol und Tuberkulose (Schluß). — Nr. 16: E. Hoke, Bericht über eine Studienreise nach England.

Der Alkoholismus. Hrsg. von J. Waldschmidt. 1906. Nr. 1: P. v. Grützner, Bemerkungen über die Wirksamkeit, bez. Giftigkeit verschiedener Alkohole, insonderheit des Äthylalkohols; E. Deutsch, Einiges über den Einfluß des Alkohols; B. Laquer, „Der Alkoholverbrauch in den bedeutendsten Kulturstaaten“ von Prof. Struve und Dr. Schulze-Besse nebst Bemerkungen über „Alkoholzahlen“; W. Martius, Goethes Faust und die deutsche Alkoholfrage. — Nr. 2: Beiträge zur Alkoholfrage; B. Laquer, Die Trunksucht und die Haus-

haltung der deutschen Städte; Schäfer, Die Alten und der Alkohol; Dicke, Die Notwendigkeit eines obligatorischen Antialkoholunterrichts in den oberen Klassen der Volksschulen; K. Boas, Wie soll der Alkoholismus im Schulunterricht bekämpft werden?

Hygienisches Centralblatt. Vollständiges internationales Sammelorgan für das gesamte Gebiet der Hygiene unter Leitung von A. Baginsky, P. Frosch, A. Herzberg, F. Löffler, G. Meyer, R. Pfeiffer, B. Proskauer, H. Renk, H. Rietschel, A. Schattenfroh, E. Schill, C. Schilling, A. Schloßmann, H. Schmieden, R. Wehmer hrsg. von P. Sommerfeld. Bd. I Nr. 1, Märzheft 1906.

Archivio di Psichiatria, Neuropatologia, Antropologia Criminale e Medicina Legale. Direttori: C. Lombroso, M. Carrara, C. Negro. 1906. Nr. 1 u. 2: Mirabella, I Caratteri degenerativi di 84 delinquenti nati; De Blasio, Sul tatuaggio di prostitute e di pederasti; Montesano e Selvatico-Estense, Rapporti fra i caratteri anomali somatici e l'educabilità dei sensi nei deficienti.

Annalen der Schweizerischen Balneologischen Gesellschaft. Hrsg. von H. Keller. 1905. Heft 1. Statuten, Vorstand, Mitgliederverzeichnis, Traktandenliste und Berichte über die fünf ersten Jahresversammlungen der Schweizerischen Balneologischen Gesellschaft.

Zeitschrift für Medizinalbeamte. Hrsg. von O. Rapmund. 1906. Nr. 1: Steinkopff, Zur Reform der geburtshilflichen Ordnung in Preußen; R. Thomalla, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten auf dem flachen Lande und in kleinen Städten. — Nr. 2: Richter, Das Schließen der Schulen bei ansteckenden Krankheiten. — Nr. 3: Oehmke, Paratyphus oder Typhus? Grassl, Der Einfluß des Geschlechtes auf die Sterblichkeit bei der bayerischen Bevölkerung. — Nr. 4: Walther, Zur Regelung der Wärterinnenfrage. — Nr. 5: Deneke, Einige wichtige Gesichtspunkte der praktischen Gesundheitsverwaltung; Troeger, Die Messungen von 7138 Volksschulkindern polnischer Abkunft zur Ermittlung der erforderlichen Schulbankgröße. — Nr. 6: Rissmann, Alte und neue Wünsche zum preußischen Hebammen-Lehrbuche; v. Ingersleben, Wiederbelebungsversuche bei Neugeborenen und Anwendung des Sublimat als Desinfektionsmittel in der Hebammenpraxis; Lembke, Bemerkungen zu der Abhandlung des H. Prof. Dr. Walther, „Zur Regelung der Wärterinnenfrage“; O. Rapmund, Die diesjährige Beratung des preußischen Abgeordnetenhauses über den Medizinaletat. — Nr. 7: Berger, Die Verhinderung der Verbreitung des Keuchhustens; Runge, Rissmann und das preußische Hebammenlehrbuch. — Nr. 8: Springfeld, Über endemische Herde der epidemischen Genickstarre und ihre Bekämpfung; E. Büsing, Eine Diphtherie-Epidemie in einem Hotel.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Im Auftrage der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hrsg. von A. Blaschko, E. Lesser und A. Neisser. 1906. — Nr. 1: B. Marcuse, Zur ambulatorischen Behandlung der Prostituierten; W. Hammer, Vorschläge zur Abänderung des bisherigen Verfahrens der Berliner Sittenpolizei; W. Wechselmann, Aus der Geschichte des Prostitutionswesens in Deutschland. — Nr. 2: K. Nötzel, Öffentliche Häuser in Rußland; M. Bruck, Die guten Sitten und der Bordellverkauf; R. Thomalla, Onanie in der Schule, deren Folgen und Bekämpfung. — Nr. 3: K. Nötzel, Öffentliche Häuser in Rußland (Schluß); Japanische Prostitution. — K. Boeck, Die „Schilffelder Japans“. Roux, La

prostitué japonaise au Tonkin; Internationale Enquete über die Beziehungen zwischen Prostitution und Tuberkulose.

Tuberculosis. Hrsg. von G. Pannwitz. 1906. Nr. 2: D. O. Kuthy, Über die Mittel zur Bekämpfung der Tuberkulose in Gefängnissen; Internationale Enquete über die Tuberkulose in Gefängnissen; Stoevesandt, Das Luftkurhaus in Bremen; H. Carrière, La tuberculose et l'armement antituberculeux en Suisse. — Nr. 3: Ch. Denison, Some of the limitations to the eradication of tuberculosis; A. Calmette, Verhaeghe et Th. Woehrel, Les préventoriums ou dispensaires de prophylaxis sociale antituberculeuse; Helm, Über den jetzigen Stand der Behandlung der Lungentuberkulose mit Alt-Tuberkulin. — Nr. 4: The anti-tuberculosis crusade in the United States of America; Philip, De la constitution de dispensaires antituberculeux municipaux et d'une organisation plus complète contre la tuberculose; Beitzke Über Häufigkeit und Infektionswege der Tuberkulose; Fischer, Internationale Enquete über den gegenwärtigen Stand der antituberkulösen Erziehung.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. Hrsg. von R. Kutner. 1906. Nr. 7: Ehrlich, Experimentelle Karzinomstudien an Mäusen. — Nr. 8: L. Edinger, Über den heutigen Stand der Therapie der Nervenkrankheiten; E. Martini, Malaria (Schluß); S. Alexander, Die öffentliche Fürsorge für erste Hilfe.

Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege. Hrsg. von M. Pistor und S. Merkel. 1906. Nr. 1: Bericht des Ausschusses über die 30. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Mannheim am 13., 14. und 15. September 1905. — Nr. 2: A. Tenholt, Über die Anchylostomiasis; P. Hesse, Über die Auskunfts- und Fürsorgestellen für Lungenkranke; A. Eckert, Das Wöchnerinnenasyl „Luisenheim" in Mannheim; J. Grassl, Die gegenwärtige Tuberkulosenmortalität in Bayern; O. Gerland, Noch einmal der preußische Gesetzentwurf zur Verbesserung der Wohnungsverhältnisse; E. Kempf, Die Reform des Apothekenwesens; Th. Weyl, Über Müllentladestellen in Wohnquartieren; Müller, Erfahrungen der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Stade mit dem Fickerschen Typhusdiagnostikum; O. Schwartz, Die freie Ärztewahl vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege; L. Ascher, Der Kohlenrauch, seine Schädlichkeit und seine Abwehr; Gemünd, Hygienische Betrachtungen über offene und geschlossene Bauweise, über Kleinhaus und Mietskaserne; Die Gesetze betr. die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten.

Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie. Hrsg. von A. Ploetz, A. Nordenholz, L. Plate und R. Thurnwald. 1906. März-April-Heft: L. Plate, Darwinismus contra Mutationstheorie; A. Kaiser, Rassenbiologische Betrachtungen über das Masai-Volk; R. Bolte, Uneheliche Herkunft und Degeneration; R. Zimmermann, Die polnische Zuwanderung in das Herzogtum Braunschweig nach den Feststellungen über die Muttersprache in der Volkszählung vom 1. Dezember 1905; A. Ploetz, Ableitung einer Gesellschafts-Hygiene und ihre Beziehungen zur Ethik.

Zeitschrift für Samariter- und Rettungswesen. Hrsg. v. P. Streffer. 1906. Nr. 2: Seiffert, Samariterregeln für die Kinderstube. I. Regeln für die natürliche Ernährung des Säuglings; Düms, Zur zehnten Generalversammlung des Deutschen Charitas-Verbandes; P. Streffer, Spezialärzte und Rettungswesen.

— Nr. 3: W. Kühn, Wiederbelebungsversuche an Ertrunkenen vor 150 Jahren; Korman, Rettungsdienst und ärztliche Sonntagsruhe. — Nr. 5: Düms, Modernes Samariter- und Rettungswesen für das Land; W. Kühn, Der Samariterdienst unserer Vorfahren bei Erfrorenen. — Nr. 6: W. Kühn, Blutungen und Volksaberglaube; Düms, Modernes Samariter- und Rettungswesen für das Land (Fortsetzung).

Deutsche Krankenkassen-Zeitung. 1906. Nr. 9 u. 10: Aus der Reichsstatistik: Die Krankenversicherung im Jahre 1903. — Nr. 11: Die Vorschläge Prof. Mayets zum Umbau der sozialen Versicherung. — Nr. 12: Die Vorschläge Prof. Mayets zum Umbau der sozialen Versicherung.

Zeitschrift für die gesamte Versicherungs-Wissenschaft. Hrsg. vom Deutschen Verein für Versicherungs-Wissenschaft (A. Manes) 1906. Nr. 1: Gerkrath, Zur Begriffsbestimmung des Unfalls; v. Zwiedineck-Südenhorst, Simulation und Rentenhysterie bei der Reform der sozialen Versicherung; A. Manes, Eindrücke vom Wiener Arbeiterversicherungs-Kongreß; Engelbrecht, Der Einfluß der Versicherungsdauer auf die Sterblichkeit in der Lebensversicherung. — Nr. 2: F. Zahn, Bedeutung der Volks- und der Berufszählung für das Versicherungswesen; Wagner, Wahrscheinlichkeitsrechnung und Lebensversicherung; Grunow, Über Entstehung und Verschlimmerung von Augenerkrankungen durch Unfälle; Hahn, Zum Entwurf eines Gesetzes über die Hilfskassen.

Die Arbeiter-Versorgung. Hrsg. von J. Troschel. 1906. Nr. 6: H. v. Frankenberg, Der Beginn und das Ende der krankenversicherungspflichtigen Beschäftigung. — Nr. 7: Bazille, Die Einweisung von Invalidenrentenbewerbern in ein Krankenhaus durch die untere Verwaltungsbehörde; Das finanzielle Ergebnis der Rentenfestsetzung in den Fällen des § 10 Abs. 5 GUVG., des § 13 landw. UVG. und des § 13 See-UVG.; O. Neve, Notstandsarbeiten, ein Zweig kommunaler Arbeitslosenfürsorge. — Nr. 8: F. Kleeis, Arbeitgeber als Gesamtschuldner im Sinne des § 140 IVG.; P. Brunn, Darf der Arzt über die Krankheit des von ihm behandelten Kassenmitgliedes ohne dessen Genehmigung der Krankenkasse Auskunft erteilen? — Nr. 9: Hoffmann, Können Streitigkeiten zwischen zwei Ortskrankenkassen über den Beschäftigungsort auf Grund des § 57a KVG. entschieden werden? — Fuld, Die Gesellschaft für Arbeiterversicherung; Laß, Inland und Ausland. — Nr. 10: Zu der Ergründung der Arbeitsverhältnisse in Fällen der Beantragung der Invaliden- oder Altersrente; M. Wagner, Die Versicherung der Hausgewerbebetreibenden. — Nr. 11: Bazille, Die vorsätzliche Herbeiführung der Erwerbsunfähigkeit, insbesondere der Selbstmordversuch in der Invalidenversicherung. — Nr. 12: Die Stellung des Konkursverwalters als Arbeitgeber bez. Unternehmer im Sinne der Arbeiterversicherungsgesetze; G. Hoch, Zu § 69 Abs. 3 des GUVG.

Reformblatt für Arbeiterversicherung. Hrsg. von H. Seelmann. 1906. Nr. 4: Der Entwurf eines Gesetzes über die Hilfskassen; v. Frankenberg, Die Reform der Arbeiterversicherungs-Gesetzgebung. — Nr. 5: H. Unger, Die Knappschaftsnovelle; Kritikus, Praktische Versicherungsreform; G. Thomas, Ärztliche Gedanken über Abänderung unserer sozialpolitischen Gesetze; H. Seelmann, Die Stellung der Berufsgenossenschaften zur Reform der Arbeiterversicherung. — Nr. 6: H. Unger, Die Knappschaftsnovelle; Der Etat des Reichsversicherungsamts im Reichstage; F. Kleeis, Bescheinigungen über ungültig gewordene Quittungskarten; Sayffaerth, Vereinheitlichung und Ausbau der

deutschen Arbeiterversicherung. — Nr. 7: A. Elster, Wohnungsreform und Versicherungsgedanke beim Schutz der Heimarbeiter; M. Fürst, Kurze Mitteilung über die Krankenversicherung der Hamburgischen Dienstboten; M. Güldenberg, Ersatzpflicht des Arbeitgebers bei unterlassener Verwendung von Beitragsmarken; H. Seelmann, Erwerbsunfähigkeit im Sinne der Unfallversicherungsgesetze; Sayffaerth, Vereinheitlichung und Ausbau der deutschen Arbeiterversicherung. — Nr. 8: H. Unger, Die Knappschaftsnovelle; Haeseler, Die letzten Konflikte zwischen Ärzten und Krankenkassen; Sayffaerth, Vereinheitlichung und Ausbau der deutschen Arbeiterversicherung.

Kommunale Praxis. Hrsg. von A. Südekum. 1906. Nr. 7: H. Lindemann, Wohnungsfrage und Arbeiterschaft. — Nr. 8—10: Effler, Das Danziger System der Ziehkinderbeaufsichtigung. — Nr. 11: O. Uhlig, Dienstboten-Krankenversicherung in Dresden. — Nr. 12: H. Goldstein, Ein Wassergesetz für das Königreich Sachsen; Die Hygiene des Schulzimmers. — Nr. 13: E. Fischer, Freisinnige Kommunalpolitik; Die agrarische Zernierung der deutschen Großstädte. — Nr. 14: H. Lindemann, Wertzuwachssteuer. — Nr. 16: O. Uhlig, Fürsorge für Schwangere und Wöchnerinnen. — Nr. 17: W. Kolb, Reform der Gemeindeverfassung in Baden; E. Fischer, Versorgungskasse für staatliche Angestellte und Arbeiter in Hamburg: O. Zielowski, Städtische Beamten- und Arbeiterfürsorge in Frankfurt a. M.

Volkswirtschaftliche Blätter. Zugleich Mitteilungen des Deutschen volkswirtschaftlichen Verbandes. 1906. Nr. 5: Sundermann, Neue Bestrebungen zur Methodologie der Wirtschaftsforschung; Krueger, Bemerkungen zu Ehrenbergs Methode exakter Wirtschaftsforschung.

Außerdem sind folgende Druckschriften eingegangen:

v. Finckh, Handlexikon der sozialen Gesetzgebung. Berlin 1906. Alfred Unger. (7,00 M.). — **O. Caspari,** Die soziale Frage über die Freiheit der Ehe. 2. vermehrte und verbesserte Auflage. Frankfurt a. M. J. D. Sauerländer's Verlag. (2,50 M.). — **G. Meyer,** Das Rettungs- und Krankenbeförderungswesen im Deutschen Reiche. III. Ergänzungsband zum klinischen Jahrbuch. Jena 1906. Gustav Fischer. (14,00 M.). — **M. Lischnewska,** Die geschlechtliche Belehrung der Kinder. Separatabdr. aus „Mutterschutz“ I. Jahrg. Heft 4/5. Frankfurt a. M. J. D. Sauerländer's Verlag. — **Th. v. Greyerz,** Bildung und Unterhaltung in Volksheilstätten. Sonderabdr. aus dem „Jahrbuch der Fürsorge“. Dresden 1906. O. V. Böhmert. — **Grüllich,** Ärztliche Hilfe. Kranke und Krankenkassen auf dem Lande. Ein Beitrag zur freien Arztwahl. Krankenkassen-Bibliothek Heft V. Frankfurt a. M. 1906. Verlag des Reformblatt für Arbeiterversicherung. — **W. Küttner,** Das Risiko der Lebensversicherungs-Anstalten und Unterstützungskassen. Veröffentlichungen des Deutschen Vereins für Versicherungs-Wissenschaft. Heft VII. Hrsg. von A. Manes. Berlin 1906. E. S. Mittler u. Sohn. — **Die Versicherung der Aufsichtsrathaftpflicht.** Berichte erstattet in der Versammlung der Abteilg. f. Versicherungsrecht und Versicherungswirtschaft am 21. Februar 1906 von Georgii, Kahlert und Warschauer. Veröffentlichungen des Deutschen Vereins für Versicherungs-Wissenschaft. Heft VIII. Hrsg. von A. Manes. Berlin 1906. E. S. Mittler u. Sohn. — **R. Gollmer,** Die Todesursachen bei den Versicherten der Gothaer Lebensversicherungsbank. (Auf Grund der Beobachtungen von 1829—1896.) Veröffentlichungen des Deutschen Vereins für Versicherungs-Wissenschaft. Heft IX. Hrsg. von A. Manes. Berlin

1906. E. S. Mittler u. Sohn. — **Deutscher Verein für Versicherungs-Wissenschaft** (E.V.) zu Berlin. Satzungen. Bericht über das Jahr 1905. Mitglieder-Verzeichnis. Berlin 1906. E. S. Mittler u. Sohn. — **W. Schallmayer,** Beiträge zu einer Nationalbiologie. Jena 1905. H. Costenoble.

Soweit die eingesandten Publikationen aus Platzmangel in der „Zeitschrift für Soziale Medizin" nicht besprochen werden können, werden sie im „Jahresbericht über Soziale Hygiene, hrsg. von A. Grotjahn u. F. Kriegel", der alljährlich im Juli erscheint, eine Besprechung finden. Daselbst vgl. auch Chronik, Kongresse, Gesetzestafel und vollständige Bibliographie der Sozialen Hygiene und der Sozialen Medizin.

Umschau.

Berlin, den 15. Juli 1906.

Die Soziale Medizin steht nach wie vor im Zeichen der geplanten Reform der deutschen Versicherungsgesetzgebung. Leider hat sich die Hoffnung, daß die Reichsregierung die Vorbereitung zu dieser Reform im Rahmen einer großen sowohl von unparteiischen Sachverständigen als auch von Vertretern der Interessentengruppen zusammengesetzten Kommission treffen würde, bis jetzt nicht erfüllt. Diese Stimmen sind daher genötigt, sich in der Presse und in besonderen Diskussionen der wissenschaftlichen Vereine Gehör zu verschaffen. Von diesen Erörterungen sind unstreitig am hervorragendsten die, die im Schoße der Berliner Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik gepflogen worden sind.[1]) Sogar eine besondere Vereinsgründung ist im Hinblick auf die von der Reichsregierung angekündigte Reform der Arbeiterversicherung ins Leben getreten, nämlich eine „Gesellschaft für Arbeiterversicherung", die von dem auf dem Gebiete des sozialen Versicherungswesens publizistisch hervorragenden H. von Frankenberg[2]) gegründet wurde und sich durch Ortsgruppen über das ganze Reich auszudehnen bestrebt ist.

Die Ortsgruppe Berlin des Leipziger wirtschaftlichen Verbandes der Ärzte Deutschlands hat sich ein Verdienst dadurch erworben, daß sie auf Anregung des jüngst verstorbenen W. Becher unter der Leitung von R. Lennhoff und A. Peyser ein Seminar für Soziale Medizin ins Leben gerufen hat, dessen erster Unterrichtszyklus über „die staatliche Invalidengesetzgebung in Theorie und Praxis" eine starke Beteiligung erreichte. Es nahmen teil

[1]) Siehe die Verhandlungen der Gesellschaft in diesem Heft.

[2]) Siehe Heft 2 dieser Zeitschrift S. 141.

insgesamt 300 Personen, in der Hauptsache Ärzte aus Berlin und Umgegend, 25 ältere Studierende und Medizinalpraktikanten und einige 20 Angehörige anderer Berufskreise, hauptsächlich Beamte des Versicherungswesens. Die Vorträge und Besichtigungen erfreuten sich stets eines regen Besuches; an den seminaristischen Übungen, die in kleinen Kreisen von 6—12 Personen durch praktische Ärzte vorgenommen wurden, beteiligten sich insgesamt 130 Herren. Die Errichtung derartiger Übungskurse ist eine Notwendigkeit, die auch in anderen Städten zur Nachahmung drängen wird. Daß eine Interessentengruppe wie der Leipziger wirtschaftliche Verband diese Einrichtung getroffen hat, ist erfreulich. Erfreulicher aber würde es sein, wenn derartige seminaristische Übungen über das soziale Versicherungswesen endlich auch dort eingerichtet würden, wo doch noch immer der Hauptsitz der wissenschaftlichen Lehrtätigkeit sich befindet: an den Universitäten.

Die Soziale Hygiene kann nicht achtlos an der Tatsache vorübergehen, daß bei den jüngst in Athen abgehaltenen olympischen Spielen die Vertreter der deutschen Turnerschaft nicht den Erwartungen entsprochen haben, sondern hinter den angelsächsischen und skandinavischen Delegierten an Leistungen erheblich zurückstanden. Denn die Hygiene interessiert sich nicht nur für die Abwehr der dem Körper drohenden Schädlichkeiten, sondern muß sich auch im positiven Sinne für die Erzielung größtmöglicher physischer Leistungsfähigkeit bemühen. Es muß daher auch an dieser Stelle die Frage aufgeworfen werden, ob das Zurückbleiben unserer Nation in Höchstleistungen auf dem Gebiete der Leibesübungen, wie es jetzt wieder in Athen in Erscheinung trat, als ein Zeichen körperlicher Minderwertigkeit oder — wofür größere Wahrscheinlichkeit besteht, — als eine Folge der anscheinend in turnerischen Kreisen unausrottbaren Unsitte, neben den Leibesübungen auch dem exzessiven Alkoholgenuß zu fröhnen, anzusehen ist. Dagegen ist auf einer anderen Seite des nationalen Lebens ein sozialhygienischer Fortschritt mit Freuden zu begrüßen. Die Tagung, die die „Deutsche Gesellschaft für Volksbäder" unter dem Vorsitz von O. Lassar in Worms jüngst abgehalten hat, zeigt, daß auf dem Gebiete des Badewesens in Deutschland nicht zum wenigsten infolge der rührigen Tätigkeit dieser Gesellschaft Fortschritte gemacht sind, die man noch vor Jahrzehnten nicht für möglich gehalten hätte. Der Erfolg, den die Deutsche Gesellschaft für Volksbäder errungen hat, ladet dazu ein, sie als ein Musterbeispiel für einen der wichtigsten Sätze der Sozialen Hygiene zu

verwenden. Soziale Hygiene bedeutet die Verallgemeinerung hygienischer Kultur. Soll nun eine hygienische Maßnahme, wie in unserem Beispiele also die Reinigung des Körpers durch ein Bad, verallgemeinert werden, so ist zunächst der sozialhygienische Typus, in der die Maßnahme verallgemeinert werden kann, festzustellen. Der leitende Gesichtspunkt ist hierfür Erreichung des hygienischen Zweckes unter Aufwendung der geringsten Mittel. In unserem Falle ist dieser Typus das von O. Lassar so warm befürwortete Brausebad, das den Zweck der körperlichen Reinigung vollständig erfüllt und dessen Verabreichung am wenigsten Kosten verursacht. Das Verdienst der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder ist es, immer wieder die Verallgemeinerung dieses rationellen Typus propagiert zu haben. Auch hier hat sich ja häufig die Tendenz gezeigt, den zweckmäßigen Typus zugunsten üppiger großer Volksbäder, die mit allen Feinheiten des Hallenbades ausgerüstet sind, hintenan zu stellen. Glücklicherweise hat diese Tendenz jedoch niemals die Oberhand gewonnen. Auch bei der soeben stattgehabten Wormser Tagung stand die sozialhygienisch so wichtige Frage des „Dorfbades“ im Vordergrunde des Interesses. Es wäre zu wünschen, daß das sozialhygienische wichtige Gesetz von der Ausbildung und Festhaltung des billigsten Typus einer hygienischen Maßnahme und von der Bevorzugung der Extensität vor der Intensität einer zu verallgemeinernden hygienischen Einrichtung auch in anderen Zweigen hygienischer Obsorge mehr Beachtung fände. So ist es gewiß kein Zufall, daß die Bewegung zur Errichtung von Lungenheilstätten gerade zu einer Zeit abflaute, in der man so luxuriöse und in Bau und Betrieb so teure Anstalten in die Welt setzte, daß man alle mit bescheidenen Mitteln arbeitenden Faktoren vom Bau von Lungenheilstätten abschreckte. Auch die so schöne Bewegung zur Errichtung von Walderholungsstätten, die sich bei Beschränkung auf einen bescheidenen Rahmen mit ganz geringen Mitteln ins Unbegrenzte verallgemeinern ließe, ist auf einem falschen Wege, wenn sie den Typus der Tageserholungsstätte verläßt und durch Angliederung einer mit Betten versehenen Station die Erholungsstätte verteuert und sie in minderwertige Krankenhäusern umwandelt. Man sieht, das sozialhygienische Grundgesetz: man suche den verallgemeinerungswürdigen Typus einer hygienischen Einrichtung und halte an ihm fest, ohne seine Extensität durch Verfeinerung zu beschränken — läßt sich nicht ungestraft übertreten. Das ist insofern erfreulich, als dadurch die Notwendigkeit einer Theorie der

Sozialen Hygiene, die der sozialhygienischen Praxis feste Normen liefert, auch jenen eingeprägt wird, die die Notwendigkeit einer solchen Theorie bisher bezweifelt haben.

Die Medizinalstatistik hat den Tod zweier Statistiker von Bedeutung zu beklagen, die, obwohl Nichtmediziner, doch der Medizinalstatistik ein besonderes Interesse entgegenbrachten. Am 22. Juni starb E. Hirschberg, Direktor des statistischen Amtes der Stadt Berlin, im 47. Lebensjahre; um die Einführung des neuen Todesursachenschemas, das jetzt in Deutschland allgemein im Gebrauch ist, hat E. Hirschberg sich besondere Verdienste erworben; unter seiner Leitung ist in das statistische Amt der Stadt Berlin zum ersten Male ein Medizinalstatistiker von Fach berufen worden. Am 23. Juni starb im 62. Lebensjahre J. Körösy, der Direktor des kommunalstatistischen Bureaus der Stadt Budapest, bekannt als Verfasser zahlreicher Arbeiten über Mortalität, Fruchtbarkeitsziffer und andere demographische Daten der ungarischen Statistik.

A. Grotjahn.

Die Mutterschaftsversicherung im Rahmen des sozialen Versicherungswesens.

Von Professor Dr. P. Mayet, Berlin.

In einem am 1. März d. J. in der Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik gehaltenen Vortrag „Umbau und Weiterbildung der sozialen Versicherung" habe ich eine Eingliederung der Mutterschaftsversicherung in die soziale Versicherung vorgeschlagen mit vier Leistungen:

1. Unterstützung der Schwangeren auf 6 Wochen, und
2. der Wöchnerinnen auf weitere 6 Wochen, beides in Höhe des Krankengeldes,
3. freie Gewährung der Hebammendienste und der ärztlichen Behandlung der Schwangerschaftsbeschwerden, sowie ferner
4. von Stillprämien in Höhe von 25 Mark an diejenigen Mütter, welche nach 6 Monaten noch stillen und von weiteren 25 Mark an solche, die nach einem vollen Jahr noch stillen.

Die Begründung meines Vorschlages konnte bei der knappen Zeit, die für einen Vortrag zur Verfügung steht, nur eine kurze und andeutungsweise sein. Die Herausgeber dieser Zeitschrift haben bei der Wichtigkeit des Gegenstandes mir gestattet, hier nachträglich eine eingehendere Begründung zu erbringen.

I. Das Einsetzen der Unterstützung schon vor der Geburt mit den letzten Wochen der Schwangerschaft findet seine Begründung nicht sowohl darin, daß es den Hochschwangeren schwer fällt, den Arbeitspflichten zu genügen, sondern vielmehr darin, daß schwere Erwerbsarbeit kurz vor der Geburt die Mutter gesundheitlich schädigt und das Kind schon vor der Geburt schwächt.

Nach Dr. med. Leppmann, Berlin, betrug[1]) das Durchschnitts-

---

[1]) Vgl. Korrespondenzblatt der Generalkommission der Gewerkschaften Deutschlands vom 16. Dezember 1905, S. 819.



gewicht der Kinder von 391 Erstgebärenden, die bis zur Entbindung arbeiteten, 2931 g, das der Kinder von 298 Erstgebärenden, die 2 bis 3 Monate vorher die Arbeit aufgegeben hatten, 3291 g. Der schwächende Einfluß und die konstitutionelle Schädigung durch die unzeitgemäße Weiterführung der Erwerbsarbeit tritt klar zutage. Hierin dürfte ein genügender Antrieb liegen, die Schwangerenunterstützung, welche in dem gegenwärtigen Krankenversicherungsgesetz eine fakultative Mehrleistung der organisierten Krankenkassen ist und welche in der Gemeindekrankenversicherung überhaupt nicht vorkommt, zu einer allgemeinen gesetzlichen Leistung zu machen.

II. Die Gewährung von Wöchnerinnenunterstützung ist gegenwärtig in der Krankenversicherung obligatorisch nur für Orts-, Betriebs(Fabrik)-, Bau- und Innungskrankenkassen.

Der Umfang der Leistung ist in der von mir vorgeschlagenen Organisation der sozialen Versicherung in zwei Hinsichten erweitert:

1. Der Kreis der Personen, denen diese Versicherung zugute käme, ist ein ganz erheblich größerer; während in der jetzigen Krankenversicherung 10 bis 11 Millionen Mitglieder mit einigen wenigen Millionen mitversicherter Familienangehöriger sich befinden, werden nach dem durchgeführten Umbau der sozialen Versicherung gegen 20 Millionen Mitglied sein und wird sich die Familienangehörigenunterstützung auf weitere 20 Millionen Personen erstrecken. Diese Vergrößerung des Personenkreises der obligatorischen (Schwangeren- und) Wöchnerinnenunterstützung bedeutet weit mehr als eine Verdoppelung, weil jetzt innerhalb der Krankenversicherung $1^1/_2$ Millionen in der Gemeindekrankenversicherung Versicherte ganz und 0,9 Millionen bei den Hilfskassen Versicherte fast ganz bei dieser Unterstützungsform ausfallen und die obligatorische Wöchnerinnenunterstützung sich voll nur auf weibliche „Mitglieder“ erstreckt, aber immerhin noch gebunden ist an die Voraussetzung, daß die zu Entbindende mindestens 6 Monate hindurch Mitglied einer Krankenkasse gewesen sei. Die 12 Wochen dauernde Vollunterstützung in Höhe des Krankengeldes bei Niederkünften der Ehefrauen von Kassenmitgliedern ist noch eine ungemein seltene; die Teilunterstützung erstreckt sich meistens nur auf die Gewährung von Arzt, Hebamme und Arznei. Auch ist diese Art der „Angehörigen“-unterstützung eben auf die Ehefrauen beschränkt.

Mein Vorschlag geht sehr viel weiter, da er in die soziale

Versicherung die gesamte Arbeiterschaft der Industrie, des Handwerks, der Landwirtschaft, der Heimarbeit, der Hausindustrie und die Dienstboten einbezieht und die Unterstützung nicht auf die „Mitglieder“ oder die Ehefrauen beschränkt, sondern sie auch den Familienangehörigen erwiesen sehen will. Er stellt alle Geburten in zwei Drittel der Bevölkerung des Deutschen Reiches unter den hygienisch wohltätigen Einfluß der Versicherungsgesetzgebung.

2. Die Bemessung der Unterstützung ist erweitert: die Unterstützung der Schwangeren und Wöchnerinnen wird aus mehreren Gründen nach meinem Vorschlage reichlicher als bisher unter dem Krankenversicherungsgesetz ausfallen; denn alle meine Berechnungen ziehen in Betracht, daß auch für Sonn- und Feiertage Unterstützung gezahlt wird und berücksichtigen ferner, daß nach wirklichem Arbeitsverdienst, nicht nach dem wohl meist niedrigeren ortsüblichen Arbeitslohn das Krankengeld bzw. der Unterstützungsbetrag bemessen wird.

Ein gewisser Unterschied zwischen den weiblichen Mitgliedern und weiblichen Angehörigen in der Höhe der Leistungen der Kasse ergibt sich von selbst. Für das weibliche Mitglied steht der Betrag seines Krankengeldes fest, für die Angehörige nicht. Für die Höhe der betreffenden Unterstützung an Angehörige muß die Höhe desjenigen Krankengeldes, auf welches das eigentliche Mitglied, zu dessen Familie die Angehörige zählt, Anspruch hat, maßgebend sein, in dem Sinne etwa, daß die angehörige Schwangere und Wöchnerin die Hälfte dieses Krankengeldbetrages bezieht.

Diese Unterstützung der Angehörigen wird hauptsächlich den Ehefrauen der Mitglieder zugute kommen. Alle Rücksichten auf den Familienhaushalt lassen es wünschenswert erscheinen, daß die Hochschwangere möglichst wenig auf Außenarbeit hinausgehe, und daß sie und das Kind, welches sie unter dem Herzen trägt, nicht den Schädigungen des Erwerbslebens ausgesetzt werden. Aus den gegenwärtigen Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes erfolgt häufig gerade das Gegenteil; sie treiben wohl manche Arbeiterfrauen gerade in die Fabrik und das Außenerwerbsleben, um sich dadurch in ihrer Wöchnerinnenzeit eine Unterstützung zu verschaffen. Die eigene Kassenmitgliedschaft wird von der jetzigen Krankenversicherungsgesetzgebung unter rein kassenfiskalischem Gesichtspunkt gefordert; die Schwangere soll mindestens 6 Monate Beiträge geleistet haben. Der Standpunkt der sozialen Versicherungsgesetzgebung in der Frage der Unter-

stützung der Schwangeren und Wöchnerinnen sollte ein höherer als der rein kassenfiskalische sein. Im Allgemeininteresse liegt es, Gebärerin und Kind gesund zu erhalten. Nicht nur der einzelnen Arbeiterfamilie Gedeihen und Fortkommen hängt von der Gesundheit der Hausmutter ab, sondern von der körperlichen und geistigen Entwicklung des kommenden Geschlechts in Zukunft die Widerstandskraft der Arbeiter gegen Krankheit, die Produktivität der Volkswirtschaft und die Wehrfähigkeit der Nation.

Ich bin in meinen Unterstützungsvorschlägen nicht so weit gegangen, wie eine Petition des „Verbandes fortschrittlicher Frauenvereine", welche dieser an das Reichsamt des Innern im Juni 1905 richtete. Er verlangt eine staatliche Mutterschaftsversicherung, welche den „Lohnausfall" deckt. Ebenso wurde in einer Versammlung des „Bundes für Mutterschutz" am 5. März 1906 in Berlin die Forderung gestellt und angenommen, daß die Unterstützung während der Dauer der gesetzlichen Arbeitsruhe mindestens die volle Höhe der ortsüblichen Löhne erreichen solle. Hier ist also an die Stelle des Krankengeldes, d. i. des halben Lohns und seiner mit den Versicherungsjahren steigenden Zuschläge, der volle Lohn gesetzt. Die Frauen, die in der Frauenbewegung stehen, argumentieren, das Krankengeld in halber Höhe des Lohnes rechtfertige sich in der Krankenversicherung hauptsächlich aus dem Gesichtspunkt der Verhütung der Simulation, bei Schwangeren und Wöchnerinnen aber sei Simulation dem Arzt gegenüber ausgeschlossen. Bei den gesteigerten Ausgaben der Wöchnerinnenzeit empfehle sich ein höherer Unterstützungsbetrag als nur der des halben Arbeitsverdienstes.

Sehen wir, was diese Mehrforderung der Frauen bedeutet.

Die Schätzung des Aufwandes für Schwangere und Wöchnerinnen kann in folgender Weise vorgenommen werden: die erweiterte soziale Versicherung umfaßt 39,6 Millionen Personen; 36 Geburten einschließlich der Totgeborenen durchschnittlich auf 1000 Einwohner gerechnet, ergibt 1 425 600 Geburten jährlich; auf jede Geburt 6 Wochen Schwangerschafts- und 6 Wochen Wöchnerinnenunterstützung gerechnet, ergibt 17 107 200 Unterstützungswochen; den Wochendurchschnittslohn der Frau mit 11,20 M. angenommen, ergibt, wenn der halbe Lohn als Unterstützung gezahlt wird, 5,60 M. pro Woche (= 80 Pfg. pro Tag, die Sonntage mitgezählt). Für 17 107 200 Unterstützungswochen der Schwangeren und Wöchnerinnen sind dann 95,8 Millionen M. einzusetzen, wie in meinen Berechnungen geschehen.

Wird nach obigen Wünschen der Frauen der Durchschnittsbetrag von 80 Pfg. verdoppelt, so treten noch einmal 95,8 Millionen M. als Kosten für diese Teile der Mutterschaftsversicherung hinzu.

Der Bund für Mutterschutz verlangt außerdem „eine Ruhezeit von mindestens acht Wochen vor und acht Wochen nach der Entbindung“, zusammen also für 16 statt 12 Wochen Unterstützung. Diese Verlängerung der Unterstützungszeit um 4 Wochen oder um ein Drittel der bisher in Ansatz gebrachten Unterstützungsdauer würde etwa mit $95{,}8 \times 2 \times 1/3 = 63{,}9$ Millionen M. Kosten in Anschlag zu bringen sein.

3. Die Honorare der Ärzte sind von mir bei der Mutterschaftsversicherung nicht besonders berechnet, da die ärztlichen Dienste innerhalb der sozialen Versicherung mit einem Pauschalhonorar bedacht sind.

4. Die freie Gewährung der Hebammendienste an jede Schwangere der Kassenbevölkerung empfiehlt sich hygienisch. Nach dem im Königreich Sachsen üblichen Satz des Hebammenhonorars — 10 M. — sind für 1425600 Geburten 14,3 Millionen M. Hebammengebühr von mir eingesetzt. Gegenwärtig sind die freie Gewährung der Hebammendienste und die freie ärztliche Behandlung der Schwangerschaftsbeschwerden lediglich „zulässige“ statutarische Erhöhungen und Erweiterungen der Leistungen der Krankenkassen.

Von der engeren Befassung der Organe der sozialen Versicherung mit dem Personal des Hebammendienstes wäre die Ausmerzung mancher hier zutage liegender Schäden und hiermit eine tiefgreifende Hebung der Volksgesundheit zu erwarten. „In den ärmeren Schichten, wo sich die Geburten meist ohne Arzt vollziehen,“ sagt Hutzler [1]), „nimmt die Hebamme, besonders wenn es sich um Erstgebärende handelt, eine autoritative Stellung ein. Ihr Rat gilt der Frau in ihrer geschwächten Willenskraft als unantastbare Wahrheit und mit ihm nahen dem jungen Kinde oft Schädigungen zu einer Zeit, in welcher es am empfindlichsten ist. — Jeder Arzt, der in einer Kinderpoliklinik tätig ist, hört täglich von falschen Ratschlägen der Hebammen. Speziell unsere Hauptsorge, das Stillen der Mütter, erfährt durch sie nicht die wünschenswerte Förderung. Bald halten sie es nicht der Mühe wert, ein Kind für die sechs oder acht Wochen, bis die Mutter wieder in die Arbeit geht, an die Brust zu gewöhnen, bald erklären sie die

---

[1]) Hutzler-München, Säuglingssterblichkeit und Hebammen. Verhandl. der 22. Versamml. d. Gesellschaft f. Kinderheilkunde in Meran 1905.



Frau für zu jung oder zu blutarm, oder das Kind für zu schwach, bald wieder lassen sie, wenn ein Kind einmal ein paar Tage unruhig ist . . . . ., ganz ohne Not abstillen. Ähnlich schlecht sind ihre Ratschläge über künstliche Ernährung, die sie viel zu dünn, und dafür viel zu oft und reichlich geben lassen. Und wenn wir die Frauen fragen, warum sie mit dem Brechdurchfall oder der eiterigen Otitis so spät zum Arzt kommen, so hören wir gar zu häufig: die Hebamme hat gesagt, das macht nichts, das hat jedes Kind einmal. — Escherich stellt bei seinen Erhebungen über die Gründe unterlassenen Stillens fest, daß in 16 % der Fälle ein Verschulden der Hebamme vorlag." Hutzler selbst fand bei eigener Untersuchung 24 von hundert Kindern durch Pflichtverletzungen der Hebammen geschädigt. Wende er seine Zahlen, sagt er, auf die jährlich zwei Millionen Geburten lebender Kinder in Deutschland an, so ergebe sich, „daß jedes Jahr ungefähr 480000 Säuglinge durch den Rat der Hebamme an Leben und Gesundheit bedroht werden". Seine Statistik ergebe gleichfalls, „daß es im allgemeinen immer dieselben Hebammen sind, die Schaden stiften".

Welch ein Segen wäre es, wenn da die sichtende siebende Hand der vom Vertrauensarzte beratenen und von ihrer Kassenstatistik geleiteten Kassenvorstände eingriffe! Gut honorierte „Kassenhebammen", in kündbarem Vertrag stehend, nicht angestellt, um die Hebammendienste billiger, sondern um sie besser zu erhalten — das muß die Losung sein. Solche Hebammen, die kein Verständnis für die Asepsis zeigen, unsaubere Personen, die an der eigenen Wäsche, an Kleiderwechsel und Bädern sparen, die aus Dummheit und Vorteil oder aus Bequemlichkeit, weil der Hebamme die natürliche Ernährung viel mehr Arbeit macht, oder beeinflußt „durch die Zuwendungen seitens gewisser Unternehmer, die Kindernährmittel fabrizieren"[1]) ohne Not zur künstlichen Ernährung raten, würde man bald aus Kassenpraxis zu entfernen wissen.

Da es nach einer Zählung am 1. April 1898 37025 Hebammen im Deutschen Reich gab[2]) können Verbesserungen der Hebammen-

---

[1]) Von Schloßmann-Dresden in der Diskussion der 22. Versamml. d. Gesellschaft f. Kinderheilkunde erwähnt. Herr Backhaus-Berlin erwiderte darauf: „Herrn Schloßmann und Herrn Siegert muß ich erwidern, daß ich für die geschäftlichen Verhältnisse der Kindermilchbereitung nach meinen Vorschlägen nicht verantwortlich bin. Die einzelnen Anstalten sind ganz selbständige Unternehmungen, die von einer Zentrale nur die allgemeine Förderung, die Her-

lehrbücher und Änderungen im Ausbildungs- und Prüfungssystem nur sehr langsam helfen; aller Theorie gegenüber werden die eingewurzelten üblen Gewohnheiten und Vorurteile der Schädlinge unter den Hebammen sich immer wieder zur Geltung bringen und es wird lange dauern bis sie ausgestorben sind. Durch die Auswahl von ca. 300 Hebammen auf den Kassenbezirk oder von ca. 24000 Hebammen auf die ca. 80 Kassenbezirke, durch ihre systematische Attachierung an Vertrauensärzte, Geburtshelfer und Kinderärzte (nach dem mecklenburgischen System Schatz-Rostock) zu ihrer Anleitung, Belehrung und Beaufsichtigung kann aber sehr wohl gerade für die ärmeren Schichten, im ganzen für zwei Drittel der Bevölkerung, für die Säuglinge ein wirksamer Schutz bei den Gefahren der Geburt und der ersten Lebensmonate geschaffen werden.

5. Die Forderungen des „Bundes für Mutterschutz“ gehen noch weiter: er fordert ganz allgemein „freie Hauspflege“, also für jede Wöchnerin. Das geht m. E. zu weit. Sie ist einerseits (vorläufig) unausführbar, da ein so zahlreiches Pflegepersonal nicht zur Verfügung steht, andererseits ist die allgemeine Gewährung der Hauspflege in allen den Fällen unnötig, in denen die Mutter, Schwiegermutter, Tochter, Freundinnen helfend eingreifen können. Die im Einzelfall fakultative Gewährung von Hauspflege, nicht

---

stellungsanweisungen und wissenschaftliche Kontrolle empfangen und dafür eine geringe Abgabe entrichten“ (Verhandlungen, S. 46). — In seinem eigenen Vortrage „Fortschritte der Milchgewinnung und Kindermilchbereitung“ sagte Herr Backhaus (S. 40): „Die Zahl von über 150000 Säuglingen, die bis jetzt mit der nach meinen Vorschlägen hergestellten Kindermilch erfolgreich ernährt wurden, ist wohl ein besserer Maßstab, als einzelne Analysen und theoretische Betrachtungen. Eine Enquête über die Sterblichkeit der mit Backhausmilch ernährten Säuglinge ergab, daß dieselbe nicht mehr als 50 von 1000 durchschnittlich betrug.“ Herr Rey-Aachen fragte darauf in der Diskussion (S. 45), „wie Herr Backhaus die statistischen Nachrichten über die angegebene geringe Sterblichkeit der mit Backhausmilch ernährten Kinder erreicht habe. Ihm sei im Gegenteil bekannt, daß eine große Zahl der mit Backhausmilch ernährten Kinder an einer gerade der Ernährung mit Backhausmilch eigentümlichen Darmerkrankung zugrunde gehe“. — Aus den „Verhandlungen“ ist nirgends ersichtlich, daß Herr Backhaus auf diese Anfrage hin Aufschluß über seine Statistik gegeben habe. — Herr Schloßmann-Dresden warnte ganz besonders vor der Verwendung der sog. Backhausmilch, „durch die das größte Unheil in vielen Fällen angerichtet werde“. Auch Herr Salge-Berlin erklärte die Backhausmilch für „überflüssig, weil oft schädlich“. Um so bedauerlicher ist die Praktik der Geldzuwendungen an Hebammen durch Backhausmilch-Filialen!

[2]) Stat. Jahrb. f. d. Deutsche Reich 1900, S. 218 u. 219.

nur bei Niederkunftsfällen, sondern überhaupt bei Krankheit der Hausfrau, falls die Umstände es dringend erheischen, gehört zu den von mir vorgesehenen gesetzlichen Leistungen der Versicherung, über deren Gewährung der Kassenvorstand Beschluß zu fassen haben wird. Solche — in das Ermessen des Vorstandes gestellte Erhöhungen und Erweiterungen der Leistungen im Einzelfalle kommen auch im gegenwärtigen Krankenkassenwesen vor (z. B. die Bewilligung von Badekuren).

6. Die Aufnahme von Stillprämien in den Rahmen der sozialen Versicherung wird in der Krankenkassenzeitung „ein fremdes Reis am Baume der Arbeiterversicherung“ genannt. „Die noch so intensive und berechtigte Agitation unserer Frauenrechtlerinnen kann uns (die Deutsche Krankenkassenzeitung) nicht von der Ansicht bekehren, daß die Stillprämie außerhalb des natürlichen Rahmens der Zwangsversicherung liegt.“

Bei der Wichtigkeit des Gegenstandes möge eine ausführliche und sogar weit ausholende Begründung der Sache gestattet sein.

Unter den zahlreichen degenerierenden Einflüssen, welche in der Gegenwart in gesteigertem Maße an der Kraft und Gesundheit des Volkes zehren, ist einer der verderblichsten die um sich greifende Gepflogenheit, dem Säugling die Mutterbrust zu versagen. Aus den Fortschritten der Chemie droht hier dem Bestande der Volkskraft Verderben. Die Logik der Natur will, daß jedes Tier von seiner Art gesäugt werde.

„Wenn man die Milch eines Tieres eintrocknet und dann zu Asche verbrennt, und wenn man ebenso das ebengeborene Junge desselben Tieres durch Verbrennen in Asche verwandelt, dann findet man, daß die Milchasche dieselbe Zusammensetzung hat wie das neugeborene Tier, das mit dieser Milch ernährt werden soll. Die Zusammensetzung der Milch ist noch in einer anderen Beziehung eine für jedes Tier verschiedene. Die Milch des Kaninchens z. B. enthält siebenmal soviel Eiweis wie die des Menschen. Trocknet man beide Milcharten ein und verbrennt man sie zu Asche, dann bekommt man aus Kaninchenmilch zwölfmal soviel Asche als aus Menschenmilch. Weshalb ist die Kaninchenmilch um soviel eiweißreicher und aschenreicher als die Menschenmilch? Weil die Milch desjenigen Tieres am nahrungsreichsten ist, dessen Junges am schnellsten wächst. Das neugeborene Kaninchen hat bereits in sechs Tagen ein doppeltes Gewicht erreicht, während das menschliche Neugeborene zu seiner Gewichtsverdoppelung zirka sechs Monate braucht. Ähnlich ver-

hält es sich mit der Zusammensetzung der Kuhmilch im Vergleich mit der Menschenmilch. Das neugeborene Kalb hat bereits nach anderthalb Monaten sein doppeltes Gewicht erreicht. Darum ist die für das Kalb bestimmte Kuhmilch viel nährstoffreicher als die menschliche Milch. Die Kuhmilch enthält mehr als doppelt soviel Eiweiß und $3^1/_2$ mal soviel Asche wie die Menschenmilch. Deshalb muß Kuhmilch, wenn sie jungen Kindern als Nahrungsmittel gegeben wird, verdünnt werden. Trotzdem ist die Kuhmilch, namentlich für Kinder, nur ein Notbehelf und kann die Muttermilch nicht völlig ersetzen. Das liegt, wie man jetzt weiß, daran, daß die Milch eines jeden Tieres Stoffe enthält, die dieser Tiergattung eigentümlich sind. Die Eigentümlichkeit der menschlichen Milch besteht darin, daß sie Schutzkörper gegen bestimmte menschliche Krankheiten enthält, die in der Kuhmilch nur in geringem Maße vorhanden sind. Diese Schutzstoffe finden sich nur in roher Milch. Wird die Milch aufgekocht, dann gehen diese Schutzstoffe zugrunde." [1])

Der Privatdozent Seiffert in Leipzig hat, wie ich schon in der Gesellschaft für Soziale Medizin am 17. Mai d. J. erwähnte, durch Tierversuch einen neuen wichtigen Beweis geschaffen, wie wichtig für die animalischen lebenden Wesen die Ernährung durch die Milch der gleichen Gattung ist. Er nahm einen Wurf von drei Zicklein, ließ dem schwächsten der Tierchen das Euter der Ziege, gab dem mittelstarken Tierchen ungekochte Kuhmilch und dem stärksten der Jungen gekochte zur Nahrung. Am besten gedieh das Tierchen mit Ziegenmilch; an Gestalt klein und von ruppigem Aussehen blieb das mit gekochter Kuhmilch ernährte. Die drei Tiere ließ er später von demselben Bock belegen und setzte in der zweiten Generation das Experiment fort. Hier war ersichtlich das in der zweiten Generation mit gekochter Kuhmilch ernährte Tier kümmerlich und weit rückständig gegen die beiden anderen, unter welchen das mit Ziegenmilch ernährte, vortrefflich, das andere mittelmäßig aussah. Interessant ist nun, daß bei dem Begattungsversuch das mit gekochter Milch genährte Tier den Bock ablehnte und unter ihm zusammenbrach, während die beiden anderen ihn annahmen.

Herrn Norbert Auerbach fiel auf einem ostpreußischen Gut auf der Wiese ein Fohlen wegen seines rachitischen Aus-

---

[1]) C. S. Engel, Über die Bakterien der Kuhmilch und ihrer Produkte (Butter, Käse). Haus, Hof, Garten. 26. Mai 1906.

sehens, seiner Verstärkung der Knochen in den Gelenken und der Verdickung der Knorpel auf. Es war ein Tier von edlen Eltern, die Stute war aber gestorben und das Fohlen mit Kuhmilch aufgezogen worden.

Das stimmt durchaus mit den weiter unten mitgeteilten Beobachtungen des Herrn Dr. Röse über Rachitis überein.

Der Umstand, daß nicht alle Mütter imstande sind, ihrem Kinde die eigene Brust zu reichen, hat berechtigterweise darauf sinnen lassen, welcher Ersatz zu beschaffen sei.

Die zunächst sich bietende Gelegenheit einer Amme ist wegen ihrer wirtschaftlichen Kostspieligkeit nur einer kleinen Minderzahl der durch die Stillungsunfähigkeit der Frau betroffenen Familien zugänglich. Den Gefahren, welche die Ernährung mit Kuhmilch den Säugling aussetzte, glaubten die Ärzte durch Kochen, Pasteurisierung, Zusätze und Veränderung der Zusammensetzung der Milch begegnen zu können. Die Industrie war eifrig in der Erfindung von Surrogaten, und die Reklame des gewinnsüchtigen Vertriebs redet täglich mit tausend, mit Millionen Zeitungszungen den Familien vor, daß der Ersatz der Muttermilch gleichwertig sei. Was für einzelne Frauen nur ein Notbehelf sein sollte, wird jetzt für viele eine Verführung, die Selbststillung des Kindes zu unterlassen. Selbst in wohlhabenden Familien, die sich die Beschaffung einer Amme wirtschaftlich leisten könnten, wird gegenüber der Unbequemlichkeit der Aufnahme dieser Mädchen in die Familie mit ihren Ansprüchen und ihrer Tyrannei und bei den häufig unerquicklichen Erfahrungen, die die Familien mit Ammen machen, unter Zustimmung des Arztes die künstliche Ernährung allzu oft vorgezogen. Diejenigen Mütter aber gar, welche auswärts auf Arbeit gehen müssen und nur in den allerseltensten Ausnahmefällen jetzt die Möglichkeit haben, ihr Kind mit sich zur Arbeitsstätte nehmen zu dürfen, sind froh, daß sie ihrem Kinde so treffliche Ersatznahrung, wie sie täglich in den Zeitungen angepriesen wird, bieten können. Zu dieser großen Schar der Frauen, welche sich in dieser Hinsicht in einer gewissen Notlage befinden, tritt eine leider täglich wachsende Anzahl solcher, die aus falscher gesellschaftlicher Scheu, aus Bequemlichkeit und Leichtsinn, aus dem Vorurteil heraus, daß sie ihre Jugendschönheit sich länger erhielten, wenn sie das Stillen gar nicht erst begönnen oder bald einstellten, dem eigenen Kinde die Mutterbrust versagen.

In der Stadt Berlin sind bei den Volkszählungen 1890, 1895, 1900 und 1905 die Zahl der Kinder unter einem Jahr, die brust-

gestillt und die anderswie ernährt wurden, mit verschiedenen weiteren Unterscheidungen der Art der Ernährung festgestellt worden. Im Jahre 1890 wurden von je 1000 Kindern noch 529 an der Brust genährt, 1895 waren es nur noch 446, 1900 sogar weniger als ein Drittel der Tausendzahl, nämlich 332. Das Resultat für 1905 ist noch nicht bekannt. Sicher liegen die Verhältnisse in den verschiedenen Teilen Deutschlands recht verschieden. Eine allgemeine Statistik über die Stillung ist mir nur aus Baden bekannt. Hier wird aus den Tagebüchern der Hebammen, die seitens der Bezirksärzte auf ihre Richtigkeit und Vollständigkeit kontrolliert werden, ein Auszug bei der Jahresberichterstattung an das Ministerium des Innern verwertet. Die große 95 Spalten enthaltende geburtshilfliche Tabelle macht in den Spalten 57—60 Angaben über die Art der Ernährung der lebendgeborenen Kinder:

1. gestillt durch die Mutter,
2. gestillt durch Ammen,
3. nicht gestillt,
4. Art der Ernährung nicht angegeben.

Die Gegenüberstellung von brustgenährten und nichtgestillten Kindern für das Großherzogtum ergibt für die einzelnen Jahre 1892—1901 folgende Resultate:

Im Großherzogtum Baden wurden von den lebenden Kindern

im Jahre	gestillt durch		nicht gestillt	Von hundert sind nicht gestillt
	die Mutter	Ammen		
1892	41 742	251	9 374	18,2
1893	42 586	257	8 980	17,3
1894	41 827	234	9 514	18,4
1895	43 427	182	10 191	18,9
1896	44 841	214	10 324	18,6
1897	45 180	189	10 665	19,0
1898	46 253	163	11 467	19,8
1899	47 478	134	12 094	20,2
1900	48 327	136	12 357	20,3
1901	50 270	139	12 853	20,4

Auch hier zeigt sich eine allmähliche Zunahme der Prozentzahl der nichtgestillten Kinder, wenn auch in einem viel langsameren Fortschreiten als es Berlin aufweist. Bemerkenswert ist, daß im Großherzogtum Baden gegen $^{3}/_{15}$, in Berlin aber gegen $^{10}/_{15}$ der Kinder nicht gestillt sind.

Nach einzelnen Landesgegenden betrachtet zeigen sich aber im Großherzogtum selbst die größten Verschiedenheiten. Z. B.

weist die See- und Donaugegend und der Klettgau im Jahre 1901 3362 von der Mutter gestillte Kinder neben 2983 nichtgestillten auf. In dieser Landesgegend werden also 47 Proz. der Kinder nicht gestillt, während im Odenwald, Neckar- und Taubergegend 8079 brustgestillte Kinder neben 1095 nichtgestillten vorhanden sind, d. h. also nur 11,9 Proz. der Gesamtzahl nicht gestillt wurden.

Es ist bekannt, wenn auch nicht mit zahlenmäßiger Genauigkeit, daß der Stillungsbrauch auch in den übrigen Teilen Deutschlands in oft nahe gelegenen Gegenden doch höchst verschieden ist.

Unter 86 von C. Röse auf ihre Stillungsverhältnisse hin untersuchten Dörfern fanden sich die schlechtesten Verhältnisse in der schwäbisch-bayerischen Hochebene und dem Königreich Sachsen, von denen Nordthüringen, Niedersachsen und Posen günstig abstachen. So befanden sich z. B. unter den Volksschulkindern der folgenden württembergischen Orte: in Ochsenhausen 72 Proz., Ertingen 60 Proz., Tettnang-Stadt 64 Proz., Tettnang-Filialdörfer 66 Proz., Aulendorf 60 Proz., Langenargen 47 Proz. nichtgestillte; in folgenden Orten des Königreichs Sachsen: in Reichenberg 33 Proz., Sumsdorf 44 Proz., Possendorf 40 Proz., Deutsch-Luppa 31 Proz., Ruppendorf 28 Proz., Quohren 43 Proz., Kesselsdorf 33 Proz., Weistropp 38 Proz., Geisingen 32 Proz. nichtgestillte Kinder. In den drei Lippe-Detmoldeschen zur Untersuchung herangezogenen Orten war die Prozentzahl der nichtgestillten Kinder dagegen äußerst gering; sie betrug in Berlebeck 0,7 Proz., Schlangen 2,1 Proz., Brakelsiek 1,4 Proz., Heiligenkirchen 7 Proz., in Schwalenberg dagegen 20 Proz. In Thüringen wiesen auf: Möhra 2,7 Proz., Leimbach 3 Proz., Sonnefeld 5 Proz., Klingen 6,2 Proz., Körner 8 Proz., Zella Sankt-Blasii und Weißensee und Hermsdorf 10 Proz., Steigertal 11 Proz., Meeda 16 Proz., Königsberg in Franken 17 Proz., Mellingen 25 Proz.

Der bayerische Ort Krumbach-Hürben im Regierungsbezirk Schwaben wies andererseits sogar 92 Proz. nichtgestillter auf!

Von den größeren Städten seien nach den Untersuchungen von C. Röse und zahlreichen anderen deutschen Zahnärzten bei den Volksschulkindern die Prozentsätze der nichtgestillten Kinder genannt: Augsburg 70 Proz., Dresden-Stadt 40 Proz., Chemnitz 43 Proz., Stuttgart 40 Proz., Leipzig 33 Proz., Würzburg 24 Proz., Aschaffenburg 29 Proz., Bremen 31 Proz., Nordhausen 28 Proz., Magdeburg 21 Proz., Hannover 25 Proz., Münster i. W. 19 Proz., Hagen 12 Proz., Dortmund 8,5 Proz., Detmold 14 Proz., Halle 17 Proz.

Röse führt zahlreiche Beweise dafür an, daß die armen Mütter mehr stillen als die wohlhabenden und reichen. In Berlin ist es ebenso.

Um so bemerkenswerter ist, daß trotz ungünstigerer sozialer Verhältnisse die Brustkinder eine so hervorragend viel größere Widerstandskraft gegen Krankheit und Tod aufweisen als die anders genährten Säuglinge, so daß sie den nichtgestillten Säuglingen gegenüber an jeder Krankheit eine viel günstigere Sterblichkeit aufweisen.

Im Jahre 1900 waren in Berlin von je 1000 unter einem Jahr alten Kindern 332 Brustkinder, also 668 Nichtbrustkinder. Wenn man nun für jede Krankheit auch die Verhältniszahl von 1000 und deren Verteilung auf Brustkinder und Nichtbrustkinder berechnet, so müßte bei jeder Krankheit ein Drittel der tausendteiligen Verhältniszahl auf gestorbene Brustkinder entfallen.

Die Berliner städtische Statistik weist nach,[1]) daß statt der jedesmal erwartungsmäßigen 332 im Jahre 1900 Brustkinder nur starben an:

Englische Krankheit 34, Magen- und Darmkatarrh 41, Abzehrung 49, an Zahnen 62, Magenkatarrh 66, Gehirnwassersucht 67, Keuchhusten 83, Durchfall 89, Lungenschwindsucht 100, Kehlkopfentzündung 107, Lungenentzündung 115, Lebensschwäche 127, Syphilis 129, Schwämmchen 133, Drüsenabzehrung 152, Krämpfe 174, Hirnhautentzündung 195, nicht spezifizierte Todesursachen 203, Diphtherie und Croup 208, Gelbsucht 258, Bronchitis 262, Gehirnschlag 286, Gehirnentzündung 333, Starrkrampf 545.

Auch in den beiden anderen Volkszählungsjahren 1890 und 1895 war die Sterblichkeit der Brustmilchkinder bei allen einzelnen Krankheiten stets günstig, d. h. kleiner als die erwartungsmäßige Sterblichkeit an der betreffenden Krankheitsursache. Während im Jahre 1900 die Gehirnentzündung gerade die erwartungsmäßige Verhältniszahl von 333 pro Mille aufwies, zeigte 1895 nur 118 (statt im Jahre 1895 446 per Mille) und das Jahr 1890 268 (statt im Jahre 1890 529 per Mille), so daß ersichtlicherweise die Brustmilchkinder auch der Gehirnentzündung gegenüber günstiger dastehen als die nichtgestillten Kinder. Nur der Starrkrampf zeigte in allen drei Volkszählungsjahren scheinbar eine ungünstige Sterblichkeit der Brustmilchkinder. Hierzu bemerkt das Statistische Amt der Stadt Berlin bei Betrachtung der Zahlen des Jahres 1895:

[1]) Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin, 26. u. 29. Jahrg., S. 177 bzw. 73.



„Gegenüber dem bei der Volkszählung von 1895 nachgewiesenen Anteil der Brustmilchkinder unter den Lebenden (446 per Mille) weist von den unterschiedenen Todesursachen nur der Starrkrampf einen erheblich höheren Satz auf. Das rührt daher, daß die Sterbefälle an Starrkrampf fast sämtlich in den ersten Lebensmonat fallen, wo die Brustmilchkinder 668 per Mille der Lebenden ausmachen, und zumeist sogar in die erste Hälfte desselben, wo sie mit über drei Vierteln vertreten sind."

Diese Heranziehung des Monatsalters der Kinder und dieser Hinweis auf das in den verschiedenen Monaten verschiedene Verhältnis zwischen der Zahl der Brustkinder und der Zahl der nichtgestillten zeigt, daß die Betrachtung der Jahresanzahl allein etwas sozusagen rohes ist und die Darlegung der Tatsachen noch einer Verfeinerung nach den zwölf Lebensmonaten bedarf. Diese weitgehende Durcharbeitung findet sich in den vorgenannten Arbeiten des Statistischen Amts der Stadt Berlin. Auch für die einzelnen Monate ergibt sich dasselbe Resultat, daß die Brustmilchkinder bei allen Krankheiten weit im Vorteil gegenüber den nichtgestillten sind. Es würde aber zu weit führen, diese umfangreichen Tabellen hier wiederzugeben und noch näher zu besprechen.

Im Bistum Augsburg, wie wir oben sahen, einem Hochsitz des Nichtstillens, besteht eine Vorschrift, wonach allen Frauen, die trotz vorhandener Fähigkeit das Stillen unterlassen, die kirchlichen Gnadenmittel zu verweigern sind.[1])

Mohammed befahl den Müttern die Säugung: „Die Mutter soll ihr Kind zwei volle Jahre säugen, wenn der Vater will, daß die Säugung vollständig sei."[1]) Der Buddhismus preist sie in begeisterten Worten: „Im Fubo-on Jiu-kio, der Lehre über die große Güte der Eltern, wird in buddhistisch übertreibender Ausdrucksweise gesagt, daß, wenn man den Wert von einem Sho Muttermilch schätzen sollte, so würde sie mehr als 10 850 Koku Reis und wenn in Reisstroh geschätzt, so würde sie 23 000 Bündel und wenn in Leinwand berechnet, so würde sie 3370 Maße wert sein.[2])

Die Jüdinnen der Makkabäerzeit stillten ihre Kinder drei Jahre, die Japanerinnen der Gegenwart stillen sie oft noch über

---

[1]) C. Röse, Die Wichtigkeit der Mutterbrust. Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde, März 1905.

[1]) Georg Hirth, Die Mutterbrust, ihre Unersetzlichkeit und ihre Gewöhnung zur früheren Kraft. München 1900, S. 9.

[2]) Popular Buddhism. Buddhistic filial piety. From the San-kai-ri. Chrysanthemum, Vol. II Nr. 4, p. 173. — 1 Sho = 1,8 Liter; 1 Koku = 10 Kubikfuß.

drei Jahre hinaus, indem die Kinder neben der Brust dann noch Beikost empfangen. So werden widerstandsfähige, ausdauernde und tapfere Männer erzielt.

Als um die Mitte des 18. Jahrhunderts die Mütter in Schweden anfangen wollten, ihre Säuglinge aus der Flasche zu nähren, da wurden sie, wie Bollinger mitteilt,[3]) durch ein Staatsgesetz mit Strafe bedroht. Wie nachhaltig dieses Mittel gewirkt hat, das zeigen die Zahlen der Gegenwart über die ausgezeichnete Stillungszeit der schwedischen Frauen.

Das preußische Landrecht Teil II, Titel 2, §§ 67 bis 69 sagte: „§ 67. Eine gesunde Mutter ist ihr Kind selbst zu säugen verpflichtet. § 68. Wie lange sie aber dem Kinde die Brust reichen solle, hängt von der Bestimmung des Vaters ab. § 69. Doch muß dieser, wenn die Gesundheit der Mutter oder des Kindes unter seiner Bestimmung leiden würde, dem Gutachten der Sachverständigen sich unterwerfen."

Deutschland steht mit seiner Säuglingssterblichkeit ungünstiger da wie fast alle zivilisierten Staaten. Es starben nämlich in[4])

Deutschland	1903	auf	100	Lebendgeborene	20,4
Österreich	1901	„	„	„	20,9
Italien	1902	„	„	„	17,2
Luxemburg	„	„	„	„	15,2
Japan	1901	„	„	„	14,9
Belgien	1902	„	„	„	14,4
Frankreich	„	„	„	„	13,5
Niederlande	1903	„	„	„	13,5
England und Wales	1902	„	„	„	13,3
Schweiz	„	„	„	„	13,2
Dänemark	„	„	„	„	11,4
Schweden	1901	„	„	„	10,4
Irland	1903	„	„	„	9,6
Norwegen	1902	„	„	„	7,5.

Da Deutschland trotzdem noch eine sehr große natürliche Bevölkerungszunahme zeigt, könnte eine oberflächliche Betrachtung meinen, daß man eine solche hohe Säuglingssterblichkeit kaltblütig in Kauf nehmen könne; trotz der 404 529 im ersten Lebensjahr Gestorbenen (1903) hätte es doch immer noch 1 578 549 Überlebende gehabt, das sei genug des Zuwachses an kleinen Kindern, die auf-

[3]) Bollinger, Über die Säuglingssterblichkeit und die erbliche funktionelle Atrophie der menschlichen Milchdrüsen. Korrespondenzblatt der anthropologischen Gesellschaft 1899. Angeführt von C. Röse.

[4]) Stat. Jahrb. f. d. Deutsche Reich 1905, Internationale Übersichten S. 10 und Mouvement de la Population de l'Empire du Japon. Tokio 1905, S. 38 u. 114.

zuziehen, zu ernähren und zu unterrichten seien. Diese kaltblütige, um nicht zu sagen zynische Betrachtungsweise, welche es außerdem liebt, von Rassenverbesserung durch Wegsterben der Schwächsten zu reden, vergißt, daß die Ursache der hohen Säuglingssterblichkeit sich nicht in ihren Wirkungen auf die Erzeugung von Sterbefällen beschränkt. Jeden Säuglingstodesfall müssen wir betrachten als hervorgegangen aus einer viel größeren Reihe von Krankheitsfällen. Ich will kasuistisch ein Beispiel anziehen, weil in ihm die Zahl der Krankheiten und Todesfälle zugleich angegeben ist. Effler berichtet:[1])

„Vom 1. Juni bis 15. September 1905 befanden sich in Beaufsichtigung 464 Danziger Ziehkinder im ersten Lebensjahr.

Von diesen erhielten die Brust 34; an Magen- und Darmerkrankungen aller Art litten 4 = 11,8 Proz.; es starben 1 Kind = 2,9 Proz.

Kuhmilch erhielten 426 Kinder. Davon blieben ohne Eismilch 280; an obigen Erkrankungen litten 150 = 53,5 Proz.; es starben 57 = 20,3 Proz. Eismilch erhielten 146; an obigen Erkrankungen litten 77 = 52,7 Proz.; es starben 23 = 15,7 Proz."

In diesem Beispiel, welches nur 3½ Monat behandelt, sehen wir wieder, daß die mit Kuhmilch genährten Säuglinge siebenfach bzw. fünffach so häufig starben als die Brustkinder; wir sehen aber ferner, daß die mit Kuhmilch ernährten 4,5 mal so häufig erkrankten als die Brustkinder und daß die Zahl der Magen- und Darmerkrankten über die Hälfte der mit Kuhmilch ernährten Kinder betrug. Denken wir daran, daß außer an Magen- und Darmkrankheiten im Laufe des Jahres noch mannigfache andere Erkrankungen vorgekommen sein werden und daß von diesen die Schar der mit Kuhmilch Ernährten sicherlich auch in viel größerer Anzahl ergriffen worden sein wird, wie die Brustgestillten, so ist ohne weiteres klar, eine wieviel schwächlichere Schar die nichtgestillten Kinder für den Lebenskampf gestellt haben müssen.

Zwischen den Brustkindern herrschen aber noch bedeutende Unterschiede je nach der Länge der Zeit, die ihnen die Brust gewährt wurde. Über den Gesundheit bessernden Einfluß der Länge der Stillungsdauer vermögen folgende acht Tabellen Röse's[2]) zu orientieren:

---

[1]) Effler, städtischer Ziehkinderarzt in Danzig, „Das Danziger System der Ziehkinderbeaufsichtigung". Medizinische Reform v. 15. Februar 1906.

[2]) Über die ausgedehnten Erhebungen der Zentralstelle für Zahnhygiene,

1. Die Beziehungen zwischen Stillungsdauer und Zahnverderbnis.

Nach den Untersuchungen von Dr. C. Röse und zahlreichen anderen Zahnärzten bei 157361 deutschen und schwedischen Schulkindern.

	Anzahl der untersuchten Kinder	Anzahl der erkrankten Zähne	Durchschnittszahl der erkrankten Zähne	Durchschnittlicher Prozentsatz der erkrankten Zähne
Nicht gestillte	50 712	426 277	8,4	34,1
1—3 Monate „	22 322	179 084	8,0	32,4
4—6 „ „	20 259	153 180	7,6	30,5
7—9 „ „	16 417	117 261	7,1	28,9
10—12 „ „	26 138	176 199	6,7	27,4
Über 12 „ „	11 359	73 319	6,4	26,7
Ohne Auskunft	10 164	74 843	7,3	30,1
Überhaupt:	157 361	1 200 163	7,6	31,0

Man beachte: Je länger die Kinder gestillt worden sind, um so weniger leiden sie an Zahnverderbnis.

2. Nach den Untersuchungen von Dr. C. Röse bei Musterungspflichtigen aus Thüringen und Sachsen.

	Anzahl der untersuchten Musterungspflichtigen	Anzahl der gesunden Zähne	Anzahl der kranken Zähne	Durchschnittszahl der erkrankten Zähne
	20jährige Musterungspflichtige			
Nicht gestillte	298	6 206	2 521	8,5
0,5—2,9 Monate „	162	3 489	1 266	7,8
3,0—5,9 „ „	314	6 878	2 357	7,5
6,0—8,9 „ „	448	9 971	3 253	7,3
9,0—11,9 „ „	626	13 905	4 512	7,2
12 Mon. u. darüber „	554	12 580	3 768	6,8

Man beachte: Je länger die Musterungspflichtigen gestillt worden sind, um so weniger leiden sie an Zahnverderbnis.

---

die Mitwirkung der Musterungsbehörden und der Schullehrer, und die den Untersuchungsformularen aufgedruckten Fragen für die Musterungspflichtigen und dessen Angehörige bzw. für die Schulkinder und ihre Angehörigen hat Röse in seiner von mir mehrfach zitierten Arbeit „Über die Wichtigkeit der Mutterbrust für die körperliche und geistige Entwicklung des Menschen" auf S. 134—138 ausführliche Auskunft gegeben. Er hat im Laufe seiner mehrjährigen Untersuchungen die Überzeugung gewonnen, daß weitaus die meisten Mütter über kein anderes Ereignis ihres früheren Lebens so sichere Auskunft zu geben vermögen, wie über die Stillungsdauer ihrer Kinder. Geburt und Stillung gehören zusammen. Sie sind und bleiben die wichtigsten Ereignisse im Leben des Weibes.

3. Die Beziehungen zwischen der Stillungsdauer und der Häufigkeit von rachitischen Entwicklungsstörungen (Hypoplasie) der Zähne.

Nach den Untersuchungen von Dr. C. Röse bei 19 683 deutschen Volksschulkindern in 94 ländlichen Ortschaften.

	Anzahl der untersuchten Kinder	Anzahl der Kinder mit Hypoplasie der Zähne	Prozentsatz der Kinder mit Hypoplasie der Zähne
Nicht gestillte	4 511	1 135	25,2
1—3 Monate „	3 070	716	23,3
4—6 „ „	3 149	641	20,3
7—9 „ „	2 204	333	15,1
10—12 „ „	4 105	366	8,9
Über 12 „ „	1 557	103	6,6
Ohne Auskunft	1 087	233	21,4
Überhaupt:	19 683	3 527	17,9

Man beachte: Je länger die Kinder gestillt worden sind, um so seltener litten sie an Rachitis.

4. Nach den Untersuchungen von Dr. C. Röse und zahlreichen anderen Zahnärzten bei 157 361 deutschen und schwedischen Schulkindern.

	Anzahl der untersuchten Kinder	Anzahl der Kinder mit Hypoplasie der Zähne	Prozentsatz der Kinder mit Hypoplasie der Zähne
Nicht gestillte	50 712	10 893	21,5
1—3 Monate „	22 322	4 793	21,5
4—6 „ „	20 249	3 771	18,7
7—9 „ „	16 417	2 235	13,6
10—12 „ „	26 138	2 569	9,8
Über 12 „ „	11 359	875	7,7
Ohne Auskunft	10 164	1 944	19,1
Überhaupt:	157 361	27 080	17,2

Man beachte: Je länger die Kinder gestillt worden sind, um so seltener litten sie an Rachitis.

5. Nach den Untersuchungen von Dr. C. Röse bei 20jährigen Musterungspflichtigen aus Thüringen und Sachsen.

	Anzahl der untersuchten Musterungspflichtigen	Anzahl der Musterungspflichtigen mit Hypoplasie der Zähne	Prozentsatz der Musterungspflichtigen mit Hypoplasie der Zähne
Nicht gestillte	298	93	31,2
1,0—2,9 Monate „	162	36	22,2
3,0—5,9 „ „	314	71	22,6
6,0—8,9 „ „	448	75	16,7
9,0—11,9 „ „	626	107	17,1
12 Mon. u. darüber „	554	75	13,5

Man beachte: Je länger die Musterungspflichtigen gestillt worden sind, um so seltener litten sie an Rachitis.

6. Die Beziehungen zwischen der Stillungsdauer und der körperlichen Entwicklung der Kinder.

Volksschule in Nordhausen, Knaben.

	Anzahl der Kinder	Durchschnittliches Körpergewicht in kg	Durchschnittliche Körpergröße in cm
Nicht gestillte	215	27,2	126,9
1—6 Monate „	217	27,8	127,9
7—9 „ „	255	28,4	129,0
10—12 „ „	406	28,6	129,5
Über 12 „ „	111	29,6	130,6

Man beachte: Je länger die Kinder gestillt worden sind, um so höher ist ihr Gewicht und ihre Körpergröße.

7. Die Beziehungen zwischen der Stillungsdauer und der Durchschnittszensur der Kinder.

In der 16. Bezirksschule zu Dresden.

	Anzahl der Kinder	Prozentsatz der Kinder mit der Durchschnittszensur		
		„Sehr gut“ u. „Gut“	„Genügend“	„Ungenüg.“ u. „Schl.“
		%	%	%
Nicht gestillte	468	38,5	56,2	5,3
1—3 Monate „	234	45,3	50,4	4,3
4—6 „ „	162	51,3	46,2	2,5
7—9 „ „	85	60,0	37,7	2,3
10—12 „ „	98	58,1	40,8	1,1
Über 12 „ „	28	64,3	35,7	0

Man beachte: Je länger die Kinder gestillt worden sind, um so höher ist ihre geistige Leistungsfähigkeit in der Schule.

8. Die Beziehungen zwischen Stillungsdauer und Militärtauglichkeit.

Nach den Untersuchungen von Dr. C. Röse bei 20jährigen Musterungspflichtigen aus Thüringen und Sachsen.

	Anzahl der untersuchten Musterungspflichtigen	Durchschnittl. Körpergewicht in kg	Durchschnittlicher Brustumfang in cm	Durchschnittl. Körpergröße in cm	Prozentsatz der taugl. Musterungspflichtigen
Nicht gestillte	363	57,2	79,7 : 86,8	164,3	31,1
0,5—2,9 Monate „	194	58,0	80,9 : 88,0	164,9	39,2
3,0—5,9 „ „	368	58,4	80,9 : 88,0	164,4	42,1
6,0—8,9 „ „	506	59,4	81,3 : 88,4	165,6	45,1
9,0—11,9 „ „	719	59,9	81,4 : 88,5	166,3	44,0
12 Mon. u. darüber „	633	59,8	81,3 : 88,4	166,6	47,9

Man beachte: Je länger die Musterungspflichtigen gestillt worden sind, um so größer ist ihr Körpergewicht, um so weiter der Brustumfang, um so höher die Militärtauglichkeit.

Gegenüber den gut gesicherten statistischen Tatsachen, daß im ersten Lebensjahr die Brustkinder eine viel günstigere Sterblichkeit und bei allen Krankheiten eine viel geringere Krankheitsfälligkeit aufweisen als die anderswie genährten Säuglinge, bei der ferneren Tatsache, daß wenigstens für Zahnverderbnis im allgemeinen und für Rachitis aus der Hypoplasie der Zähne der Nachweis geführt ist, daß sogar die länger gestillten Brustkinder vor den kürzer gestillten erheblich begünstigt sind, bei der ferneren Tatsache, daß sich noch im Schulalter der Kinder in ihrem Gewicht und Brustumfang und in ihren Schulzeugnissen der günstige Einfluß des längeren Stillens zeigt, und bei der ferneren Tatsache, daß dieser günstige Einfluß noch bei den 20jährigen Musterungspflichtigen in bezug auf Körpergewicht und Brustumfang und in der höheren Prozentzahl der Tauglichen hervortritt, müssen die Bestrebungen der Volkswohlfahrt darauf gerichtet sein, die Stillungsdauer möglichst zu verlängern. Es gibt kein wirkungsvolleres prophylaktisches Mittel. Deshalb habe ich gelegentlich der Mutterschaftsversicherung vorgeschlagen, zwei Stillungsprämien, die erste nach 6 Monaten, die zweite nach 12 Monaten der Brustsstillung der Mutter zu gewähren, jede der beiden im Betrage von 25 Mark. Sollte man diese Beträge für nicht hoch genug halten um zur Verlängerung der Bruststillung anzuspornen, so möge man sie noch erhöhen. Ich halte sie für hoch genug.

Ich nehme an, daß innerhalb der Gesamtkassenbevölkerung von 39,6 Millionen Personen mit 1425600 Geburten jährlich angesichts des Abganges von ca. 40000 Totgeburten und eines unausbleiblichen zuerst starken Abganges an Säuglingen und unter Berücksichtigung, daß doch immer viele Mütter nicht stillen können oder dürfen oder des Erwerbes halber es unterlassen müssen, nach 6 Monaten nur mit 600000 Fällen der Prämiierung und nach weiteren 6 Monaten nur noch mit 400000 Fällen der Prämiierung zu rechnen sein wird. Hiernach habe ich eine Million Stillungsprämien à 25 Mark mit 25 Millionen Mark Kosten angesetzt.

Voraussichtlich wird zunächst diese Zahl nicht erreicht werden, denn wenn wir die Massen der von der Zentrale für Zahnhygiene untersuchten deutschen und schwedischen Schulkinder nach ihrer Stillungsdauer gliedern, so finden wir:

Es wurden:

	nicht gestillt	50 712 =	34,4 %
1—3 Monate	„	22 322 =	15,2 %
4—6 „	„	20 249 =	13,8 %
7—9 „	„	16 417 =	11,2 %
10—12 „	„	26 138 =	17,7 %
über 12 „	„	11 359 =	7,7 %.

Es könnte die Frage aufgeworfen werden, ob so erhebliche Ausgaben für die Mutterschaftsversicherung: 95,8 + 14,3 + 25 = 135,1 Millionen Mark nach meinen Vorschlägen, oder nach den Wünschen des Bundes für Mutterschutz 95,8 + 95,8 + 63,9 + 14,3 + 25 = 294,8 Millionen Mark sich rechtfertigen lassen.

Was werden die voraussichtlichen Wirkungen eines solchen Jahresaufwandes sein?

Erstens: Ein besserer Gesundheitsschutz für 1 425 600 Wöchnerinnen, ein Hintanhalten unzähliger Schwächezustände, ein Verhüten zahlreicher Unterleibskrankheiten dieser anderthalb Millionen Frauen, welchen ermöglicht wird, sich einige Wochen vor und nach der Geburt zu schonen, wie es Natur und Vernunft verlangen und wie die Umstände es jetzt den wenigsten dieser Bevölkerungsklasse gestatten. Bis jetzt steht in Deutschland die Morbidität der Frauen mit ihrer Mortalität im Widerspruch; ihre Mortalität ist günstiger, ihre Morbidität ungünstiger als die der Männer. Ein Hauptgrund für letzteres dürfte in der unzureichenden Schonung zu erblicken sein, welche der Wöchnerin der unteren Bevölkerungsschichten jetzt zuteil wird. Ein Teil des Jahresaufwandes für die Wöchnerinnen wird also in den Folgejahren durch bessere Gestaltung ihrer Krankheitsfälligkeit wieder eingebracht werden.

Zweitens: Durch die Schutzwirkung des Brustestillens werden mindestens 80 Proz. der Säuglingstodesfälle erspart. Wird durch das Aussetzen der Stillungsprämien und durch die auf das Bruststillen gerichteten damit verbundenen Belehrungen veranlaßt, daß jährlich auch nur etwa 600 000 Säuglinge längere Zeit die Brust erhalten, weil ihre Mütter die erste 6 monatige Stillprämie erhalten wollen, so würde, da sonst ein Fünftel der Kinder im ersten Lebensjahre sterben, statt 120 000 Säuglingsfälle auf diese Gruppe der Wöchnerinnen nur 24 000 Säuglingstodesfälle zu rechnen sein. Es werden also durch die Stillungsprämien verbunden mit besserer Schwangeren- und Wöchnerinnenfürsorge jährlich mindestens 96 000 Säuglinge dem Leben mehr erhalten bleiben.

Wenn durch die Einbeziehung der Mutterschaftsversicherung in die reichsgesetzliche soziale Versicherungsgesetzgebung die öffent-

liche Meinung klar und deutlich das Bruststillen als allgemeine Mutterpflicht gefordert haben wird, wenn unter dem wissenschaftlichen Einfluß der Kinderärzte die Ärzteschaft allgemein von der so häufig unnötigen Empfehlung der künstlichen Ernährung abgekommen sein wird, wenn einst eine neue Generation von Hebammen mit Ausbildung auch in der Säuglingspflege, die sie jetzt fast durchgängig entbehren, vorhanden sein wird, wenn die Aussetzung der Stillungsprämien das Interesse aller beteiligten Frauen sicher immer wieder auf die Frage gerichtet haben wird, ob ihnen selbst die lange Stillungsdauer nicht möglich und zuträglich sein sollte, wenn jahrelange Propaganda in den populären Vorträgen der Ärzte, in Schriften und Merkblättern auf die Frauenwelt eingewirkt haben wird, dann ist zu hoffen, daß nach einigen Dezennien das deutsche Volk allgemein zu der natürlichen Sitte des langen Bruststillens wieder erzogen sein wird. Die günstige Wirkung, die jetzt erst für nur 600000 Geburten berechnet wurde, dürfte dann auf anderthalb Millionen Säuglinge veranschlagt werden.

Drittens: Da jedes Brustkind lebenslang dem Flaschen- und Mehlpäppelkind gegenüber dauernd hinsichtlich der Krankheitswiderstandsfähigkeit vorteilhafter dasteht, so muß die Mutterschaftsversicherung auf eine Ersparnis zukünftiger Ausgaben an Krankheitskosten wirken. Nach meinem Vorschlage kommen auf die Geburt 95 Mark, nach den Vorschlägen des Frauenbundes etwa 207 Mark Ausgaben. Selbst der letzteren höheren Summe gegenüber ist wahrscheinlich, daß die ersparten Krankheitskosten der Zukunft ein vielfaches darstellen werden.

Viertens: Mit der Bruststillung werden nicht nur gesundere, sondern auch geistig geweckte und leistungsfähigere Männer und Frauen aufgezogen, ein Vorteil für die betreffenden Personen in allen ihren Lebensverhältnissen, besonders aber auch für ihre Erfolge als Arbeiter.

Fünftens: Nicht gering anzuschlagen ist die Erhöhung der Heereskraft Deutschlands sowohl wegen der mindestens 96000 jährlich ersparten Säuglingstodesfälle als auch wegen des durch vermehrte Bruststillung gesteigerten Prozentsatzes an militärtauglicher Mannschaft.

Ein Jahrgang 20jähriger Musterungspflichtiger zählt jetzt rund 540000 Köpfe. Wenn die Kassenbevölkerung der erweiterten sozialen Versicherung nach meinen Vorschlägen zwei Drittel der deutschen Bevölkerung umfassen wird, entfallen auf sie 360000 Musterungspflichtige des 20. Lebensjahres. Im Jahre 1903 wurden

bei dem Heeresergänzungsgeschäft 54,2 % der endgültig abgefertigten 20—22jährigen Militärpflichtigen tauglich befunden. Die vermehrte Bruststillung erhöht aber ihrerseits ganz allgemein die Ziffer der später militärtauglich Befundenen. Zwischen nicht gestillten und über 12 Monate gestillten ist der Unterschied zugunsten der letzteren etwa 16,8 %. (S. oben Tab. 8.) Diesen extremen Gegensatz von Nichtbruststillung und sehr langer Bruststillung darf man aber für die Allgemeinrechnung nicht in Betracht ziehen. Nimmt man auch nur 8 Proz. Erhöhung der Militärtauglichkeitsziffer an, so ergibt das 360000 × 0,08 = 28800 mehr Taugliche jährlich. Hierzu tritt aber noch eine weitere Anzahl Tauglicher aus der oben berechneten Mindersterblichkeit der Säuglinge. Von den mehr lebendgebliebenen 96000 Säuglingen werden 48000 männlich sein; von letzteren werden rund etwa 32000 das 20. Jahr erleben und aus ihnen werden noch 54,2 + 8 = 62,2 % oder 19904 Taugliche hervorgehen.

Die Mutterschaftsversicherung in dem vorgeschlagenen Umfang wird hiernach die Anzahl der Militärtauglichen um etwa 28800 + 19900 = 48700 Mann jährlich erhöhen. Das bedeutet für den Friedensstand die Mannschaft zu vier neuen Armeekorps und im Kriegsfall eine Armee von über 450000 Mann, eine gewiß politisch in die Wage fallende Stärkung der Macht des Deutschen Reiches.

Wichtig für die Einführung der Mutterschaftsversicherung ist die Frage, ob die weibliche Mitgliederschaft allein die Prämien für sie tragen soll. Man hat bisher keinen Anstoß daran genommen, daß die Männer durch die höhere Morbidität der Frauen in den Krankenkassenbeiträgen mitbelastet sind. Warum sollte es bei der Mutterschaftsversicherung anders gehalten werden, wo in jedem Einzelfalle der Schwanger- und Wöchnerinnenschaft beide Geschlechter gemeinsam beteiligt waren? Das Kind ist eben nicht Frauensache allein, da zu jedem ein Vater gehört; es wäre ungerecht, die Frauenschaft allein die Beiträge für die Mutterschaftsversicherung zahlen zu lassen. Es wäre aber auch unpraktisch, da dann auf die schwächeren Schultern eine doppelte Last fiele; es wäre auch deshalb unratsam, weil dadurch wieder Sonderbeiträge und Sonderabrechnungen eingeführt würden an Stelle des von mir angenommenen einfachen Einheitsbeitrages.

Tragen die Männer mit bei zu der Mutterschaftsversicherung, so ist diese auf den ganzen Lohnfonds zu verteilen. Für 20 Millionen Kassenmitglieder mit durchschnittlich 700 Mark jährlichem Lohn

ergibt sich ein Lohnfonds von 14 Milliarden, der die Beiträge beizusteuern hat. Die nach meinen Vorschlägen beanspruchten 135,1 Millionen Mark bedeuten 0,965 oder rund 1 Proz. des Lohnes, die gemäß den Forderungen des Bundes für Mutterschutz berechneten Aufwandskosten der Mutterschaftsversicherung von 294,8 Millionen Mark bedeuten 2,106 Proz. des Lohnes. Ich halte meine Bemessung der Unterstützungen der Mutterschaftsversicherung für ausreichend, aber die noch wirkungsvolleren gemäß den Forderungen des Bundes für Mutterschutz auch nicht für unerschwinglich.

Über Krankheiten und Unfälle im Brauergewerbe.

Von Dr. B. Laquer, Wiesbaden.

Kürzlich hat der Verband deutscher Braumeister eine Preisaufgabe gestellt und die deutschen Ärzte öffentlich aufgefordert, über die Hygiene der Brauereiangestellten Materialien zu sammeln und zu bearbeiten. In Betracht sollen dabei folgende Momente kommen: 1. welches sind die Krankheiten, denen die Brauer und Mälzer am meisten ausgesetzt sind und die bei ihnen die größte Sterblichkeit verursachen; 2. wie erkennt man diese Krankheiten; 3. wie heilt man diese Krankheiten, resp. wie läßt sich denselben vorbeugen; 4. welche Lebensweise ist für die Brauer und Mälzer am zweckmäßigsten und zuträglichsten. Die Stellung der Preisaufgabe läßt den Schluß zu, daß ein Notstand in diesem Gewerbe vorhanden ist. Es sind ja schon früher Versuche gemacht worden, genaue Statistiken über die Erkrankungsziffer derjenigen Berufsklassen anzustellen, welche mit der Erzeugung alkoholhaltiger Getränke, insbesondere des Bieres gewerbsmäßig beschäftigt sind. Bekannt ist ja das Wort des englischen Politikers Canning: I can anything proof with figures, except the truth.[1]) Indes wenn amtlich bei uns in Deutschland Statistiken ausgegeben werden, so ist zumal bei der Objektivität, der die leitenden Stellen bei uns der Alkoholfrage gegenüberstehen, mehr als nur Wahrscheinlichkeit zu erwarten. Prof. A. Guttstadt, Mitglied des preuß. statist. Bureaus, hat im „klinischen Jahrbuch“ Bd. 12, die amtlichen Nachrichten unseres Reichsversicherungsamtes über die Unfälle von Arbeitern, deren Beruf zur Trunksucht führen kann, d. h. die mit Erzeugung, Vertrieb und Verkauf alkoholhaltiger Getränke be-

[1]) Man kann mit Zahlen alles beweisen ausgenommen die Wahrheit.

schäftigt sind, zusammengestellt und dabei gefunden, daß das Brauereigewerbe auffallend viel Verletzte jährlich zu entschädigen hat. Während auf 1000 versicherte Personen sämtlicher gewerblicher Berufsgenossenschaften Deutschlands in den 5 Jahren von 1897—1901 nur **41—46** Verletzte jährlich entfielen, stieg diese Ziffer bei der Brauerei-Berufsgenossenschaft auf mehr als das Doppelte, nämlich auf **99—118**. Dieses Ergebnis wird noch augenfälliger, wenn man die Unfälle des besonders gefährdeten Bergbaues dagegen hält. So sind im Jahre 1901 von 134753 Arbeitern beim Bergwerks- und Hüttenbetrieb in Oberschlesien 12145 = **90,1** ‰ dagegen von 100903 Brauereiangestellten 11968 = **118,6**‰ konstatiert worden. Dabei ist in Betracht zu ziehen, daß die Berg- und Hüttenarbeiter Oberschlesiens dem Branntweingenuß huldigen, während die Brauereiarbeiter den Biergenuß naturgemäß bevorzugen. In gesperrter Schrift fügt G. hinzu: Daß der Betrieb der Brauerei gefährlicher als der des Bergbaues erscheint, ist wohl in erster Linie dem Genuß des gespendeten Freibieres in den Brauereien zuzuschreiben. Und noch eine Zahl aus der Münchener gewerkschaftlichen Statistik von Mauerer.[1]) Das Verhältnis der Mitgliederzahl der einzelnen Berufe zu den Krankheiten in der Münchener Ortskrankenkasse VI ist folgendes:

	% der ges. Mitglieder	% der Krankheitsfälle
Brauer	43	54,9
Bäcker	24	16,1
Konditoren	4	2,2
Metzger	14	9,8
Müller	2	1,8
Tabakarbeiter	5	6,7
Übrige	8	8,5

Welche Mengen in Form des sogenannten Haustrunks von den Brauereien als Naturalleistung ihren Angestellten vertragsmäßig gewährt werden, geht aus Folgendem hervor: Adolf Braun hat im Jahre 1901 Haushaltungsrechnungen Nürnberger Arbeiter herausgegeben im Auftrage des Nürnberger Arbeitersekretariats. In diesen Untersuchungen stellte B. fest, daß 9,21 Proz. der Gesamt-Ausgaben des Haushalts auf Bier verwandt werden. Mit wachsendem Einkommen steigen diese Ausgaben nicht nur relativ, sondern auch absolut.

Es betrugen die Bierausgaben (Branntwein kommt nicht in Betracht):

---

[1]) Die Lage der Brauereiarbeiter in München im Jahre 1901, München 1902.

von Ges.-Ausg.	bis 1000 M.	bis 1250 M.	bis 1500 M.	bis 1750 M.	bis 2000 M.	über 2000 M.
in %	11,25	10,5	9,4	10,4	8,9	6,7

Die Maxima betrugen 324,3 M. = 22 Proz. der Gesamtausgaben bei einem verheirateten kinderlosen Former.

294,1 M. = 24 Proz. } bei je einem
bez. 285,0 „ = 22 „ } Posamentierer.

Dabei sind die Brauer selbst in obigen Budgets gar nicht vertreten. Eine tägliche Naturalleistung, also ein Haustrunk von 7 Liter für den gelernten und 5 Liter für den ungelernten Brauer ist üblich. Über die physiologische Bedeutung von 6—7 l Bier pro Tag ist folgendes zu bemerken. Die Schäden liegen nach zwei Richtungen:

Erstens: In der riesigen Flüssigkeitsmenge; der menschliche Körper des erwachsenen Mannes enthält überhaupt nur 64 Proz. Wasser; bei einem Durchschnittsgewicht von $1^1/_2$ Zentner also 96 Pfd. Wasser; da mehr als die Hälfte dieses Körperwassers in den Muskeln aufgespeichert ist, so fügt der Brauer, der täglich 6—7 l Flüssigkeit zu sich nimmt, seinem „eisernen Bestand“ $^1/_8$ desselben täglich neu hinzu; was müssen der Magen, das Herz, die Nieren täglich an „überflüssiger“ (in wahrem Sinne des Wortes) Arbeit leisten, die wie jedes Übermaß zur Abnutzung dieser so fein konstruierten und sich gegenseitig so fein regulierenden Organe führen muß. Daher das sog. „Münchener Bierherz“.

Ein zweites ist die ebenfalls übermäßige Nahrungsmenge:

In 100 ccm Bier sind nach Rubner 45 g Nähr- bzw. Heizeinheiten (sog. Kalorien) enthalten; 6000 ccm heizen also den Körper mit 2800 Einheiten an, das ist gerade so viel, als der Körper des erwachsenen Mannes in Ruhe braucht; der Münchener Arbeiter braucht etwa 3170 Kalorien nach Forster. Nun sind in erster Linie im Bier Kohlenhydrate vorhanden; ich bin fest überzeugt, daß die Münchener Brauknechte zur Hälfte an sog. „alimentärer Glykosurie“ leiden, wie dies ja die Kliniker Strümpell, Moritz, Krehl und Matthes bei den Jenenser, Münchener und Erlanger Studenten nach viel geringeren Frühschoppen von $1—1^1/_2$ l nachgewiesen haben.

Bestätigt werden obige Nürnberger Zahlen durch eine Angabe in dem Aufsatz von G. Mauerer l. c. Der Haustrunk belief sich in der Woche auf 35—56 l im Durchschnitt etwa 40 l, d. h. auf 6 Tage pro Tag etwa **7 l.** Bei dem Hilfspersonal ist er zwar niedriger, aber immer noch hoch genug, um in seinen verderblichen Wirkungen auf eine der Ursachen hinzuweisen, welche die

höheren Altersklassen dieses Berufes in München so schwach vertreten sein läßt. Die Organisation der Gewerkschaften ist bestrebt, so fügt *Mauerer* hinzu, diesen Haustrunk durch eine Geldvergütung zu ersetzen; bisher ohne Erfolg. Professor v. *Grützner*, verdienter Kampfesgenosse, erstrebte das Gleiche in den württembergischen Braubetrieben hoffentlich mit besserem Erfolge (s. Mäßigkeitsblätter, Dez. 1903). Wir würden Herrn Professor v. *Grützner* für eine Mitteilung der Ergebnisse seines Schreibens sehr dankbar sein. Es handelt sich ja um 200 Brauereien, an die das l. c. abgedruckte Schreiben zur Reform des Haustrunks abging.

Ein Erfolg ist ferner aus unserem Wiesbadener Bezirk zu berichten. Kürzlich sind sieben große Frankfurter Brauereien zusammengetreten und haben den Haustrunk abgelöst. Wir entnehmen dem amtlichen Bericht der deutschen Gewerbeaufsichtsbeamten, speziell dem des Wiesbadener Regierungs- und Gewerberat *Leymann*, folgendes:

10 Brauereien Frankfurts vergüten vom 8. Januar 1904 den Haustrunk mit 15 Pf. pro l; er betrug

für Brauer, Mälzer, Küfer	7 l	für Fahrburschen, Handwerker	4 l
„ Maschinisten, Heizer	6 l	„ Taglöhner u. Mitfahrer	4 l
		„ jugendliche Arbeiter	3 l

Kein Angestellter verzichtete ohne Entschädigung auf den Haustrunk! Wenn es nicht möglich war, *während* der Arbeit alles auszutrinken, so blieben *nach* der Arbeit die Leute in der Bierausgabe sitzen. Unverheiratete sammelten die Biermarken für Sonntag und tranken das ganze Quantum auf *einmal*.

Bemerkenswert ist die Abnahme der Betriebsunfälle bei den Frankfurter Brauereiarbeitern von 234 auf 174, d. h. um ein Viertel, die sicherlich in ursächlichem Zusammenhange mit der eingeführten Ablösung des Haustrunkes und der dadurch herbeigeführten Abnahme des Biertrinkens unter den Brauereiarbeitern steht. Die nachstehende Übersicht zeigt die Zahl der in Frankfurt a. M. bei der Brauerei- und Mälzereiberufsgenossenschaft überhaupt angemeldeten Unfälle in den letzten 4 Jahren.

Im Jahre	1901	1902	1903	1904
Unfälle	210	230	234	174

Die Zahl der Arbeiter und der Unfälle dagegen in jenen 10 Brauereien, in denen der Haustrunk abgelöst ist, geht aus der folgenden Zusammenstellung hervor:

Jahr	Zahl der Arbeiter	Zahl der Unfälle	Auf je 100 Arbeiter Unfälle
1900	1239	224	18,1
1903	1240	227	18,3
1904	1308	166	12,7

Im Jahre 1904 hat also in 10 Großbrauereien ein starker Rückgang der Unfälle stattgefunden, während in den übrigen — kleineren — Betrieben eine Zunahme von 6 auf 7 bzw. 11 zu verzeichnen war. Die Abnahme der Unfälle entfällt ferner lediglich auf die im eigentlichen Betriebe und beim Reinigen, Be- und Entladen der Wagen und bei der Pferdewartung beschäftigten Personen, während bei den im Außenbetriebe, besonders beim Transporte von Bier und Eis tätigen Personen sogar eine geringe Steigerung von 43 auf 46 eingetreten ist. Auch dies spricht für die Annahme eines Zusammenhangs der Unfallhäufigkeit mit dem Bierkonsum; denn die Ablösung des Haustrunkes kommt ausschließlich für die im Betriebe usw. beschäftigten Personen in Betracht.

Was Mauerer l. c. über den Haustrunk der Münchener Arbeiter sagt, ist ebenfalls sehr beherzigenswert. Die psychologische Wurzel der Abneigung vieler Arbeitgeber gegen Abschaffung des Haustrunkes liegt in drei Richtungen.

1. Ist der Haustrunk ein Mittel, eine gewisse Euphorie, Zufriedenheit, „Biergemütlichkeit“ unter den Angestellten herzustellen und zu erhalten.
2. Ist er ein Mittel, um den Hektoliter-Umsatz für die Aktionäre auf der Höhe zu erhalten (300 von Haase's Leuten (s. u.) trinken p. a. 6000 Hektoliter)!
3. Erblicken die Erzeuger der Biere in der Abschaffung eine Konzession an die Alkoholbekämpfung; etwa in dem Sinne: „Unser Bier ist in Mengen von 6—7 l ganz unschädlich, wie der Haustrunk beweist! Und was leisten unsere Leute dabei!“

Im Aprilheft der „Mäßigkeitsblätter“ 1905 hat S. 59 Hoppe auf die geographische Verbreitung der Unfälle, ihre Häufigkeit in Bier stark konsumierenden Kreisen wie in Oberbayern, Donaukreis, sowie auf den Parallelismus zur Frequenzsteigerung der kriminellen Körperverletzungen usw. hingewiesen.

Schließlich zeigt noch die geographische Verteilung der Unfälle in der Land- und Forstwirtschaft deutliche Beziehungen zum Alkoholkonsum. Am höchsten belastet mit 7,05 bis 7,27 Verletzten auf 100 Versicherte sind Oberbayern und der

Donaukreis in Bayern, dann kommen mit 6,54—6,89 Niederbayern, Regierungsbezirk Wiesbaden und Kassel, in dritter Linie mit 6,01—6,48 Mittelfranken, Schwarzwaldkreis, Unter-Elsaß, Regierungsbezirke Danzig, Marienwerder, Potsdam, Frankfurt, in vierter Linie mit 5,54—5,95 Kgr. Sachsen und Kreis Schwaben, in fünfter Linie mit 5,01—5,48 die übrigen Kreise von Bayern und Baden, ferner Schlesien, Ostpreußen, alle diese über dem Durchschnitt von 4,98. Wie diese Zentren des Bier-, Wein- und Branntweinkonsums sich durch die meisten gewalttätigen Verbrechen (gefährliche Körperverletzungen) auszeichnen, so auch durch die Höchstzahl der Unfälle.

Diesen Zahlen gegenüber machen die Bemerkungen, die Herr Dr. med. P. Bauer (wahrscheinlich ein Hüllname; ich fand seinen Namen nicht unter den Breslauer Ärzten; dabei spielt sich der Verfasser als langjähriger ärztlicher Sachverständiger auf), über die Krankenkassenstatistik der Brauerei E. Haase-Breslau, die sich im übrigen nur auf durchschnittlich 300 Angestellte p. anno erstreckt, einen leichtfertigen Eindruck; demgegenüber denke man an die 100000, die Guttstadt anführt; die von Mauerer l. c. angeführte Statistik nur der Münchener Brauer umfaßt 890 d. i. $^1/_5$ aller in Münchener Brauereien Angestellten. Ich will die B.schen Angaben hier in extenso hinsetzen: („Ein Gläschen in Ehren" von E. Haase, Brauereibesitzer Breslau. Berlin, P. Parey 1905.)

„Nun will ich noch über die Unfälle ein Wörtchen reden. Die Herren Abstinenzler behaupten, der Biergenuß wäre die Ursache der Unfälle in den Brauereien. Das Biertrinken während der Arbeit wäre längst abgeschafft, wenn die Geschäftsleiter irgendwo unangenehme Erfahrungen gemacht hätten; im Gegenteil, jeder Praktiker weiß, wie hoch die Anregung des Bieres zu schätzen ist. Die Arbeiter brauchen nicht bevormundet zu werden, sie sind verständig genug, um zu wissen, wie weit sie zu gehen haben, und in der Brauerei Haase hat sich bisher jeder Besucher lobend über das Auftreten der Arbeiter ausgesprochen. Der größte Teil der Unfälle besteht aus Hand- und Fingerverletzungen, -Quetschungen und -Verstauchungen, Bein-, Fuß-, Zehenverletzungen, -Quetschungen und -Verstauchungen, die meistens geringfügiger Art sind, aber doch im Interesse beider Teile ärztlich behandelt werden. Die Geschäftsleitung sorgt schon selbst dafür, denn kleine Ursachen — große Wirkungen. Daß in der Brauerei viel derartige Verletzungen vorkommen, ist nicht zu vermeiden. Wir haben mit schwerem rollenden Material zu tun, die kalten und schweren Eisstangen spielen eine große Rolle; im Winter müssen mit erstarrten Händen

die kalten Eisenteile, Faßreifen usw. angefaßt werden, die Hände und Finger sind also nicht gelenkig, häufig auch durch die schweren Arbeiten steif geworden. Der Fußboden ist feucht, die Leute müssen schwere Holzschuhe tragen und sind infolgedessen nicht so beweglich. Alle diese praktischen Dinge haben natürlich die Herren Abstinenzler nie kennen gelernt und erregen infolgedessen mit ihren Nörgeleien in der Praxis nur Unwillen und Verdruß." Sapienti sat! Daß gerade die ungünstigen Betriebsverhältnisse zur doppelten und dreifachen Vorsicht, zur Nüchternheit auffordern, liegt für den Einsichtigen klar zutage. Was würde wohl die Milliarde Menschen, die jährlich in Deutschland auf der Eisenbahn befördert wird, dazu sagen, wenn man trotz des Unfallrisiko den Eisenbahnbeamten täglich 6—7 l Bier verabreichen würde?

Die Abhilfe ex officio ist dreifacher Art: Die Brauereiberufsgenossenschaften und die großen Brauereifirmen — sie stellen nach dem von Haase l. c. wiedergegebenen Aufsatze E. Struves im Deutschen Reich ein Kapital von 1200 Millionen M. dar — haben in erster Linie das Interesse die Unfallziffern herabzusetzen, denn damit sinkt ja auch die Höhe ihrer materiellen Zuschüsse zu den Unfall-Berufsgenossenschaften.

Dann wird auch die „Nörgelei der Abstinenten" über Menschenleben und Menschenknochen, die gefährdet sind, aufhören.

Auch hier mag eine Zahl die Sachlage bezeichnen. Die deutsche Arbeiterversicherung (Amtl. Statistik für die Weltausstellung zu St. Louis Heft III, S. 10) leistete im Jahre 1901 täglich mehr als eine Million M. als Summe dessen, was den Versicherten und deren Angehörigen bar oder in Heilbehandlung zu teil wurde, davon kommen auf Unfallentschädigungen täglich ca. $^1/_3$ Million M. (p. a. 125 Millionen M.). Auf die durch den Alkoholkonsum gesetzte größere Gefährdung kann man gut und gern 10% rechnen; die amtlichen Zahlen ca. 2% sind zu niedrig, denn die Angaben der Verletzten beziehen sich meist bei ev. Nachfrage nach der Unfallsursache nur auf sog. sinnlose Betrunkenheit und zwar

1. weil der Arbeiter von der Wirkung kleiner oder mittlerer Alkoholdosen auf Sinnesfunktionen und Aufmerksamkeit keine Ahnung hat,
2. weil er gegebenenfalls Rentenherabsetzung und sonstige Schädigung (Entlassung usw.) fürchtet,
3. weil der Alkoholismus des Dritten (Mitarbeiters) z. B. des

betrunkenen Kutschers, der den Unfall mitverschuldet, meist verschwiegen wird.

Die Arbeiterversicherung würde somit nur in der Unfallabteilung Deutschlands täglich ca. 30 000 d. i. jährlich 9 Millionen M. sparen, wenn das Alkoholverbot auf der Arbeitsstätte so streng wie z. B. in Nordamerika durchgeführt würde, wo die Transportgewerbe von ihren Angestellten volle Enthaltsamkeit fordern.

Ein zweites Interesse haben natürlich die Arbeiterorganisationen selbst. Hier kann nur die Aufklärung wirken; diejenigen deutschen Arbeiter, welche den Gedanken des help yourself noch nicht aufgegeben haben, werden wissen, was sie zu tun haben. Wenn es z. B. gelänge, die Brauereifirmen in Verbindung mit den Gewerkschaften zu veranlassen, daß intelligente Arbeiter in gleicher Weise in der Antialkoholausstellung der Zentrale für Arbeiter-Wohlfahrtseinrichtung zu Charlottenburg herumgeführt werden, wie dies Bittmann-Karlsruhe im November 1903 mit 77 badischen Arbeitern — darunter leider nur ein Bierbrauer — getan, so würde viel Gutes gefördert werden. Auf Seite 109, 110, 111 der von Bittmann angeregten Reiseberichte der Reiseteilnehmer steht über den Biergenuß und über den Ersatz des Alkohols mancherlei Vernünftiges, Neues und Anregendes. Das Heft — Eine Arbeiterreise v. Ob.-Reg.-Rat C. Bittmann, Vorstand der badischen Fabrikinspektion Karlsruhe, Macklot 1904 — verdient die weiteste Verbreitung, die Tat selbst Nachahmung.

Das preußische Gesetz, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 28. August 1905

unter Berücksichtigung des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900.

Von Dr. Franz Nesemann,
Regierungs- und Medizinalrat in Berlin.

(Fortsetzung.)

Zweiter Abschnitt.
Ermittlung der Krankheit.

§ 6.

Auf Erkrankungen, Verdacht der Erkrankungen und Todesfälle an

Kindbettfieber,
Typhus (Unterleibstyphus),

sowie auf Erkrankungen und Todesfälle an

Genickstarre, übertragbarer,
Rückfallfieber,
Ruhr, übertragbarer,
Milzbrand,
Rotz,
Tollwut, Bißverletzungen durch tolle oder der Tollwut verdächtige Tiere,
Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung,
Trichinose

finden die in den §§ 6 bis 10 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krank-

Zu § 6.

Die Polizeibehörden haben von den ihnen auf Grund des § 1 zugehenden Anzeigen jedesmal ungesäumt und Übersendung der betreffenden Kartenbriefe in Ur- oder in Abschrift dem Kreisarzt Mitteilung zu machen.

Auch haben sie dem Kreisarzt, wenn sie auf andere Weise von dem Ausbruch einer der in dem § 1 genannten Krankheiten Kenntnis erhalten, hiervon ungesäumt zu benachrichtigen.

Wird behufs Beschleunigung der Mitteilung der Fernsprecher oder der Telegraph benutzt, so hat gleichzeitig die schriftliche Benachrichtigung zu erfolgen.

Der beamtete Arzt hat in den ersten Fällen der in dem § 1 ge-

heiten, enthaltenen Bestimmungen über die Ermittlung der Krankheit entsprechende Anwendung. Befindet sich jedoch der Kranke in ärztlicher Behandlung, so ist dem beamteten Arzte der Zutritt untersagt, wenn der behandelnde Arzt erklärt, daß von dem Zutritte des beamteten Arztes eine Gefährdung der Gesundheit oder des Lebens des Kranken zu befürchten ist. Vor dem Zutritte des beamteten Arztes ist dem behandelnden Arzte Gelegenheit zu dieser Erklärung zu geben.

Außerdem ist bei Kindbettfieber oder Verdacht desselben dem beamteten Arzte der Zutritt nur mit Zustimmung des Haushaltungsvorstandes gestattet.

Auch kann bei Typhus- oder Rotzverdacht eine Öffnung der Leiche polizeilich angeordnet werden, insoweit der beamtete Arzt dies zur Feststellung der Krankheit für erforderlich hält.

Bei Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach hat die Ortspolizeibehörde nur die ersten Fälle ärztlich feststellen zu lassen und dies auch nur dann, wenn sie nicht von einem Arzte angezeigt sind.

nannten Erkrankungen — jedoch mit Ausnahme von Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach — sowie in Verdachtsfällen von Kindbettfieber und Typhus unverzüglich an Ort und Stelle Ermittlungen über die Art, den Stand und die Ursache der Krankheit vorzunehmen und falls nach Lage des Falles erforderlich, eine bakteriologische Untersuchung zu veranlassen. Auch hat er der Polizeibehörde eine Erklärung darüber abzugeben, ob der Ausbruch der Krankheit festgestellt oder der Verdacht begründet ist.

In Notfällen kann der beamtete Arzt die Ermittlung auch vornehmen, ohne daß ihm eine Nachricht der Polizeibehörde zugeht.

Der beamtete Arzt hat in jedem Falle, bevor er seine Ermittlungen vornimmt, festzustellen, ob der Kranke sich in ärztlicher Behandlung befindet, und, wenn dies der Fall, den behandelnden Arzt von seiner Absicht, den Kranken aufzusuchen, so zeitig in Kenntnis zu setzen, daß dieser sich spätestens gleichzeitig mit dem beamteten Arzt in der Wohnung des Kranken einzufinden vermag. Auch hat er den behandelnden Arzt, soweit dieser es wünscht, zu den Untersuchungen, welche zu den Ermittlungen über die Krankheit erforderlich sind, namentlich auch zu einer etwa erforderlichen Leichenöffnung, rechtzeitig vorher einzuladen.

Die Anordnung der Leichenöffnung zum Zwecke der Feststellung der Krankheit ist außer bei Cholera-, Gelbfieber- und Pestverdacht nur bei Rotz- und Typhusverdacht zulässig und soll nur dann stattfinden, wenn die bakteriologische Untersuchung der Absonderungen und des Blutes (Agglutination) zur Feststellung nicht ausreicht oder nach Lage des Falles nicht ausführbar ist

In Ortschaften mit mehr als 10000 Einwohnern, in welchen die Seuche bereits festgestellt ist, haben die vorstehend bezeichneten Ermittlungen und Feststellungen auch dann zu geschehen, wenn Erkrankungs- oder Todesfälle in einem räumlich abgegrenzten, bis dahin aber verschont gebliebenen Teile der Ortschaft vorkommen.

Mit der Ermittlung und Feststellung der ersten Fälle von Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach, sofern sie nicht von einem Arzte angezeigt sind, hat die Polizeibehörde einen Arzt zu beauftragen; sie kann dazu auch einen nicht beamteten Arzt heranziehen, doch hat sie dazu in jedem Falle behufs Kostenersparnis den nächst erreichbaren Arzt zu wählen.

Die Regierungspräsidenten können Ermittlungen über jeden einzelnen Krankheits- oder Todesfall anordnen. Solange eine solche Anordnung nicht getroffen ist, sind nach der ersten Feststellung der Krankheit von dem beamteten Arzt Ermittlungen nur im Einverständnisse mit dem Landrat, in Stadtkreisen der Polizeibehörde, und nur insoweit vorzunehmen, als dies erforderlich ist, um die Ausbreitung der Krankheit örtlich und zeitlich zu verfolgen.

Die in den §§ 2 und 3 des Gesetzes aufgeführten Personen sind verpflichtet, über alle für die Entstehung und den Verlauf der Krankheit wichtigen Umstände dem beamteten Arzte und der zuständigen Behörde auf Befragen Auskunft zu erteilen.

Ist nach dem Gutachten des beamteten Arztes — bei Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach des mit der Feststellung beauftragten Arztes — der Ausbruch der Krankheit festgestellt, oder bei Kindbettfieber, Rotz, Rückfallfieber oder

Typhus der Verdacht der Krankheit begründet, so hat die Polizei unverzüglich die erforderlichen Schutzmaßregeln zu treffen.

Bei Gefahr im Verzuge kann der beamtete Arzt schon vor dem Einschreiten der Polizeibehörde die zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit zunächst erforderlichen Maßregeln anordnen. Diese Anordnungen sind dem Betroffenen schriftlich zu geben. Der Gemeindevorsteher hat, falls er nicht selbst die Polizeiverwaltung führt, den von dem beamteten Arzte getroffenen Anordnungen Folge zu leisten. Von den Anordnungen hat der beamtete Arzt der Polizeibehörde sofort schriftliche Mitteilung zu machen; sie bleiben so lange in Kraft, bis von der Polizeibehörde anderweite Verfügung getroffen wird.

Für Ortschaften und Bezirke, welche von Milzbrand, Rotz, Ruhr oder Typhus befallen sind, und in welchen ein allgemeiner Leichenschauzwang nicht besteht, kann geeignetenfalls im Polizeiverordnungswege angeordnet werden, daß jede Leiche vor der Bestattung einer amtlichen Besichtigung (Leichenschau) womöglich durch einen Arzt zu unterwerfen ist.

Die Landräte, in Stadtkreisen die Ortspolizeibehörden, haben dem Regierungspräsidenten an jedem Montage eine Nachweisung über die in dem Kreise in der vorhergehenden Woche amtlich gemeldeten Erkrankungen und Todesfälle an übertragbaren Krankheiten nach anliegendem Muster (Anlage 3) einzureichen.

Anlage 3.

Auf Grund dieser Nachweisung haben die Regierungspräsidenten Wochennachweisungen über die in dem Regierungsrezirk vorgekommenen Erkrankungen und Todesfälle der bezeichneten Art nach anliegen-

Anlage 4.

dem Muster (Anlage 4) aufstellen zu lassen, und je ein Exemplar derselben dem Oberpräsidenten und dem Minister der Medizinalangelegenheiten, lezterem direkt und so zeitig einzureichen, daß sie spätestens am Mittwoch Abend jeder Woche dort eingehen.

§ 7.

Das Staatsministerium ist ermächtigt, die in dem § 6 Abs. 1 des gegenwärtigen Gesetzes bezeichneten Bestimmungen ganz oder teilweise für einzelne Teile oder den ganzen Umfang der Monarchie auch auf andere als die daselbst aufgeführten übertragbaren Krankheiten vorübergehend auszudehnen, wenn und solange dieselben in epidemischer Verbreitung auftreten.

Zu § 7.

Ist die Anzeigepflicht auf eine der in dem § 1 nicht aufgeführten übertragbaren Krankheiten für einzelne Teile oder den ganzen Umfang der Monarchie ausgedehnt worden, so findet die Bestimmung zu § 4 entsprechende Anwendung. Wegen der Art der Ermittlung und Feststellung der ersten Fälle wird zugleich mit der Einführung der Anzeigepflicht für diese Krankheiten das Erforderliche angeordnet werden.

Die Ermittlungen (s. § 6 des Reichsgesetzes [1])) sind über die Art, den Stand und die Ursache der Krankheit vorzunehmen. Die Art der Krankheit wird jedesmal dann zu ermitteln sein, wenn die Polizeibehörde auf andere Weise als durch die in § 1 vorgeschriebene Anzeige Kenntnis von dem Ausbruch einer der in § 1 genannten Krankheiten erhalten hat. Diese Kenntnis über den Ausbruch einer übertragbaren Krankheit in ländlichen Verhältnissen oder über das Vorkommen verdächtiger Todesfälle kann z. B. die Behörde, falls ein Arzt nicht zugezogen ist, erhalten durch Mitteilungen des Lehrers, des Geistlichen oder des Gemeindevorstehers, gelegentlich aber auch durch private Personen. Solche Mitteilungen werden manchmal auch dem Kreisarzt, wenn er sich aus anderer dienstlicher Ursache in einer Ortschaft aufhält, gelegentlich gemacht werden. Ermittelung a) der Krankheit

Ist die Anzeige aber durch den zugezogenen Arzt erfolgt, so fällt damit die Ermittlung über die Art der Krankheit selbstverständlich in der Regel fort, eine solche würde sich nur in den seltenen Fällen als notwendig erweisen, wenn anzunehmen ist, daß ein Irrtum des die Anzeige erstattenden Arztes vorliegt.

Eine Ermittelung über den Stand, d. h. die Ausbreitung der b) des Standes der Krankheit,

---

[1]) Den Inhalt der Bestimmungen der jedesmal angeführten Paragraphen des Reichsgesetzes zu wiederholen erübrigt sich um so mehr, als die Ausführungsbestimmungen auf den Bestimmungen des Reichsgesetzes basieren.

Krankheit, wird in allen Fällen vorzunehmen sein. Auch dann, wenn nur ein einzelner Fall aus einer Ortschaft zur Anzeige gelangt ist, empfiehlt es sich nachzuforschen, ob nicht etwa andere Fälle noch vorhanden oder vorangegangen sind, welche von den Angehörigen etwa nicht erkannt oder auch aus irgend einem Grunde verheimlicht wurden.

c) der Ursache der Krankheit

Ebenso wichtig und notwendig ist es, nach der Ursache der Krankheit Ermittlungen anzustellen. Das Wichtigste bleibt es, falls plötzlich mehrere Fälle einer übertragbaren Krankheit in einer Ortschaft auftreten, festzustellen, ob die Fälle etwa mit früheren Fällen in Verbindung stehen oder ob sie ferner, wie es bei Cholera, Unterleibstyphus und Ruhr nicht selten der Fall sein wird, auf verseuchtes Wasser, verseuchte Milch oder sonstige infizierte Nahrungs- oder Genußmittel zurückzuführen sind. Namentlich wird auch nachzuforschen sein, ob nicht schon früher verdächtige Todesfälle oder auch ganz leicht verlaufende Krankheitsfälle — so mit Bezug auf Unterleibstyphus Fälle von „gastrischem Fieber", mit Diarrhöen und Fieber verlaufende Erkrankungen bei Kindern, die erfahrungsgemäß nicht selten nur leicht erkranken — vorgekommen sind.

Vornahme der Ermittelungen durch beamtete oder andere Ärzte.

Die Ermittlungen haben sich auf alle Erkrankungen und Todesfälle bei einer der in § 6 Abs. 1 des vorliegenden Gesetzes namhaft gemachten Krankheiten zu erstrecken. In nur verdächtigen Fällen haben nach dem Reichsgesetz stets die Ermittlungen stattzufinden, nach dem vorliegenden Gesetz sind sie indessen nur bei Kindbettfieber und Unterleibstyphus vorzunehmen. Die verdächtigen Fälle bei den letztgenannten Krankheiten unterliegen zwar nicht der Anzeigepflicht, die Behörde kann indessen einmal auf dem oben angedeuteten Wege, dann aber auch von verdächtigen Krankheiten im Wochenbett durch die Hebamme Kenntnis erhalten.

Mit den Ermittlungen der in § 1 Abs. 1 genannten Krankheiten hat die Behörde den beamteten Arzt zu betrauen. Welche Ärzte unter beamteten zu verstehen sind, wird in § 13 des Gesetzes ausgeführt. Unter gewöhnlichen Verhältnissen kommt nur der Kreisarzt in Frage.

Auch nach Feststellung der ersten Fälle können von der Ortspolizeibehörde weitere Ermittlungen angeordnet werden, soweit solche erforderlich sind, um die Krankheit örtlich und zeitlich zu verfolgen. Die höheren Verwaltungsbehörden (Regierungspräsidenten, Polizeipräsident für den Landespolizeibezirk Berlin) können

sogar Ermittlungen über jeden einzelnen Krankheits- und Todesfall anordnen. Diese Bestimmung dürfte sich besonders für die großen Städte, in denen die einzelnen übertragbaren Krankheiten fast nie ganz aufhören, eine Feststellung der ersten Fälle also nicht in Frage kommt, als wichtig erweisen.

Ermittlungen bei Diphtherie, Scharlach und Körnerkrankheit.

Die Ermittlungen, wie sie bei den in § 6 Abs. 1 des Gesetzes genannten Krankheiten vorgesehen sind, darf die Ortspolizeibehörde bei Fällen von Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach (§ 6 Abs. 4) nur dann vornehmen lassen, wenn diese nicht ärztlich angezeigt sind, sie also auf andere (s. oben) Weise Kenntnis von diesen erhalten hat. Weitere, über die Feststellung der ersten Fälle (s. aber dazu § 6 Abs. 2 des Reichsges.) hinausgehenden Ermittlungen dürfen aber bei diesen Krankheiten nicht vorgenommen werden.

Mit den Feststellungen der ersten Fälle dieser Krankheiten kann von der Ortspolizeibehörde jeder Arzt betraut werden. In den Motiven heißt es hierzu: „Bei den im § 6 Abs. 1 nicht genannten übertragbaren Krankheiten: Diphtherie, Körnerkrankheit, Lungen- und Kehlkopfstuberkulose und Scharlach ist wegen ihrer verhältnismäßig leichten Erkennbarkeit die Mitwirkung des beamteten Arztes im allgemeinen entbehrlich.“ Da die mit der Feststellung der ersten Fälle der genannten Krankheiten betrauten Ärzte, auch wenn sie sonst beamtete Ärzte sind, nicht der Schutz der Strafbestimmungen (§ 35 Ziffer 2 u. 3) zur Seite steht, werden sie, falls sie Schwierigkeiten bei der Feststellung haben sollten, gut tun, ein Organ der Ortspolizeibehörde unter Vorzeigung ihres von der Behörde erhaltenen Auftragschreibens um Begleitung zu ersuchen.

Bei den anderen Infektionskrankheiten ist die alleinige Mitwirkung des beamteten Arztes dagegen wohl deswegen hauptsächlich vorgesehen, weil ihm alle Mittel und Wege bekannt sind und zu Gebote stehen, um in zweifelhaften Fällen nötigenfalls durch die bakteriologische oder Blutuntersuchung die Diagnose auf das schleunigste sicherzustellen bzw. sicherstellen zu lassen.

Will der beamtete Arzt in den Fällen des § 6 Abs. 1 zur Vornahme seiner Ermittlungen den Kranken selbst besuchen, so bedarf er der Genehmigung des behandelnden Arztes, auch hat er diesem vorher Gelegenheit zu einer entsprechenden Erklärung zu geben.

Zuziehung des behandelnden Arztes.

Nach den Ausführungsbestimmungen soll nun der beamtete Arzt, ehe er seine Ermittlungen vornimmt, zunächst feststellen, ob der Kranke sich in ärztlicher Behandlung befindet. Dieses wird

er in den meisten Fällen schon aus der bei der Ortspolizei eingegangenen Anzeige (Meldekarte) ersehen können. Steht der Kranke tatsächlich in ärztlicher Behandlung, so wird der beamtete Arzt den behandelnden Arzt je nach den Verhältnissen mündlich, telephonisch oder schriftlich, falls er den betreffenden Kranken selbst zur Vornahme der Ermittlungen besuchen will, in Kenntnis zu setzen und Tag und Stunde seines Besuchs anzugeben haben. Die Zeit für die Ermittlungen ist bei aller Beschleunigung so zu wählen, daß nach aller Voraussicht noch Antwort des behandelnden Arztes eingehen und dieser die Möglichkeit hat, noch rechtzeitig bei dem Kranken einzutreffen.

Wenn somit auf der einen Seite die Möglichkeit des Zutritts zu dem Kranken für den beamteten Arzt wesentlich von der Zustimmung des behandelnden Arztes abhängig ist, so wird sich letzterer auf der anderen Seite doch stets vor Augen halten müssen, daß er dem beamteten Arzte den Zutritt nur dann zu versagen hat, wenn hiervon tatsächlich eine gesundheitliche Gefährdung des von ihm behandelten Kranken zu befürchten ist. Eine solche Gefährdung dürfte aber doch nur selten durch den beamteten Arzt, der denn doch in erster Reihe eben Arzt ist und die auf den Kranken zu nehmende Rücksicht kennt, zu befürchten sein. Im übrigen wird der beamtete Arzt in den Fällen, in denen es sich nicht mehr um die Feststellung der Art der Krankheit handelt, häufig in der Lage sein, die notwendigen Ermittlungen durch Befragen der Angehörigen oder der Umgebung des Kranken anzustellen, ohne daß es des Zutritts zu dem Kranken selbst bedarf.

In diesen Fällen bedarf er selbstverständlich auch der Genehmigung des behandelnden Arztes nicht.

Die oben gemachten Ausführungen gelten auch für die Ermittlungen bei Kindbettfieber oder Verdacht desselben, bei welchen der beamtete Arzt auch noch die Zustimmung des Haushaltungsvorstandes haben muß, falls er Zutritt zu der Kranken nehmen will.

Der beamtete Arzt hat den behandelnden Arzt nach den Ausführungsbestimmungen zwar auch zu den Untersuchungen, welche zu den Ermittlungen über die Krankheit notwendig sind, namentlich auch zu einer etwa erforderlichen Leichenöffnung rechtzeitig vorher einzuladen, doch nur, wenn der behandelnde Arzt es wünscht. Sache des letzteren ist daher diesen Wunsch zu äußern.

Eine sehr wichtige Bestimmung der Ausführungsbestimmungen ist es, daß alle in den §§ 2 und 3 des Gesetzes angeführten Personen, also vor allem auch der zugezogene Arzt, sei es, daß er als behandelnder Arzt oder zur Vornahme der Leichenschau zugezogen ist, über alle für die Entstehung und den Verlauf der Krankheit wichtigen Umstände dem beamteten Arzte und der zuständigen Behörde auf Befragen Auskunft zu erteilen haben. Pflicht der Auskunftserteilung.

Ebenso wichtig ist auch die Bestimmung, daß dort, wo ein allgemeiner Leichenschauzwang nicht besteht, die Leichenschau, welche dann möglichst durch Ärzte auszuüben ist, bei dem Auftreten von Milzbrand, Rotz, Ruhr und Typhus angeordnet werden kann. Anordnung der Leichenschau.

Dasselbe wird übrigens durch die Anweisungen des Bundesrats zum Reichsseuchengesetz bei Cholera, Pest und Pocken vorgesehen.

Dritter Abschnitt.

Schutzmaßregeln.

§ 8.

Zur Verhütung der Verbreitung der nachstehend genannten Krankheiten können für die Dauer der Krankheitsgefahr die Absperrungs- und Aufsichtsmaßregeln der §§ 12 bis 19 und 21 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, nach Maßgabe der nachstehenden Bestimmungen polizeilich angeordnet werden, und zwar bei:

1. Diphtherie (Rachenbräune): Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2), jedoch mit der Maßgabe, daß die Überführung von Kindern in ein Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum gegen den Widerspruch der Eltern nicht angeordnet werden darf, wenn nach der Ansicht des beamteten Arztes oder des behandelnden Arztes eine ausreichende Absonderung in der Wohnung sichergestellt ist. Verkehrsbeschränkungen für das berufsmäßige Pflegepersonal (§ 14 Abs. 5), Überwachung der gewerbsmäßigen Herstellung,

Zu § 8.

Die in dem § 8 bei den einzelnen Krankheiten aufgeführten Absperrungs- und Aufsichtsmaßregeln bezeichnen vorbehaltlich der Bestimmung des § 9 das Höchstmaß dessen, was bei den betreffenden Krankheiten im äußersten Fall polizeilich angeordnet werden darf.

Die Polizeibehörden sollen in der Regel nicht alle diese Maßregeln in jedem Falle zur Anwendung bringen, sondern sich auf diejenigen beschränken, welche nach Lage des Falles ausreichend erscheinen, um eine Weiterverbreitung der Krankheit zu verhüten. Die beamteten Ärzte haben diese Gesichtspunkte bei ihren den Polizeibehörden zu machenden Vorschlägen zu berücksichtigen.

Bei der Auswahl der Maßregeln ist einerseits nichts zu unterlassen, was zur Verhütung der Ausbreitung der Krankheit notwendig ist, andererseits aber dafür Sorge zu tragen, daß nicht durch Anwendung einer nach Lage des Falles zu weitgehenden Maßregel unnötig in die persönlichen

Behandlung und Aufbewahrung sowie des Vertriebs von Gegenständen, welche geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, nebst den zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit erforderlichen Maßregeln (§ 15 Nr. 1 und 2), mit der Maßgabe, daß diese Anordnungen nur für Ortschaften zulässig sind, welche von der Krankheit befallen sind, Fernhaltung von dem Schul- und Unterrichtsbesuche (§ 16), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3), Vorsichtsmaßregeln bezüglich der Leichen (§ 21);

2. Genickstarre, übertragbarer: Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3);
3. Kindbettfieber (Wochenbett-, Puerperalfieber): Verkehrsbeschränkungen für Hebammen und Wochenbettpflegerinnen (§ 14 Abs. 5), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3).

Ärzte, sowie andere die Heilkunde gewerbsmäßig betreibende Personen haben in jedem Falle, in welchem sie zur Behandlung einer an Kindbettfieber Erkrankten zugezogen werden, unverzüglich die bei derselben tätige oder tätig gewesene Hebamme zu benachrichtigen.

Hebammen oder Wochenbettpflegerinnen, welche bei einer an Kindbettfieber Erkrankten während der Entbindung oder im Wochenbette tätig sind, ist während der Dauer der Beschäftigung bei der Erkrankten und innerhalb einer Frist von acht Tagen nach Beendigung derselben jede anderweite Tätigkeit als Hebamme oder Wochenbettpflegerin untersagt. Auch nach Ablauf der achttägigen Frist ist eine Wiederaufnahme und wirtschaftlichen Verhältnisse der Bevölkerung eingegriffen wird oder vermeidbare Kosten entstehen.

I. Einer Beobachtung (§ 12 des Reichsgesetzes) können unterworfen werden:

1. kranke und krankheitsverdächtige Personen bei Körnerkrankheit, Rotz, Rückfallfieber und Typhus;
2. kranke, krankheitsverdächtige und ansteckungsverdächtige Personen, sofern sie gewerbsmäßig Unzucht treiben, bei Syphilis, Tripper und Schanker:
3. ansteckungsverdächtige Personen bei Tollwut, d. h. solche Personen, welche von einem tollen oder tollwutverdächtigen Tiere gebissen worden sind.

Krank im Sinne des Gesetzes sind solche Personen, bei welchen eine der in dem § 1 aufgeführten Krankheiten festgestellt ist;

Krankheitsverdächtig sind solche Personen, welche unter Erscheinungen erkrankt sind, die den Ausbruch einer der in dem § 1 aufgeführten Krankheiten befürchten lassen;

Ansteckungsverdächtig sind solche Personen, bei welchen zwar Krankheitserscheinungen noch nicht vorliegen, bei denen aber infolge ihrer nahen Berührung mit Kranken die Besorgnis gerechtfertigt ist, daß sie den Ansteckungsstoff einer der in dem § 1 aufgeführten Krankheiten in sich aufgenommen haben.

Anscheinend gesunde Personen in der Umgebung von Typhuskranken, welche in ihren Ausleerungen Typhusbazillen ausscheiden, sind auf die Gefahr, welche sie für ihre Umgebung bilden, aufmerksam zu machen und zur Befolgung der erforderlichen Desinfektionsmaßnahmen anzuhalten.

Die Beobachtung hat in schonen-

der Tätigkeit nur nach gründlicher Reinigung und Desinfektion ihres Körpers, ihrer Wäsche, Kleidung und Instrumente nach Anweisung des beamteten Arztes gestattet. Die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit vor Ablauf der achttägigen Frist ist jedoch zulässig, wenn der beamtete Arzt dies für unbedenklich erklärt;

4. Körnerkrankheit (Granulose, Trachom): Beobachtung kranker und krankheitsverdächtiger Personen (§ 12), Meldepflicht (§ 13), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3);
5. Lungen- und Kehlkopfstuberkulose: Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3);
6. Rückfallfieber (Febris recurrens): Beobachtung kranker Personen (§ 12), Meldepflicht (§ 13), Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2 und 3), Kennzeichnung der Wohnungen und Häuser (§ 14 Abs. 4), Verkehrsbeschränkungen für das berufsmäßige Pflegepersonal (§ 14 Abs. 5), Verbot oder Beschränkung der Ansammlung größerer Menschenmengen (§ 15 Nr. 3), sobald die Krankheit einen epidemischen Charakter angenommen hat, Überwachung der Schiffahrt (§ 15 Nr. 4 und 5), Fernhaltung von dem Schul- und Unterrichtsbesuche (§ 16), Räumung von Wohnungen und Gebäuden (§ 18), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3);
7. Ruhr, übertragbarer (Dysenterie): Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2), Verbot oder Beschränkung der Ansammlung größerer Menschenmengen (§ 15 Nr. 3), sobald die Krankheit einen epidemischen Charakter angenommen hat, Fernhaltung von dem Schul- und Unterrichtsbesuche (§ 16), Verbot oder Beschränkung der

der Form und so zu geschehen, daß Belästigungen tunlichst vermieden werden. Sie wird, abgesehen von den etwa erforderlichen bakteriologischen Untersuchungen, in der Regel darauf beschränkt werden können, daß durch einen Arzt oder eine sonst geeignete Person in angemessenen Zwischenräumen Erkundigungen über den Gesundheitszustand der betreffenden Person eingezogen werden. Die Dauer der zulässigen Beobachtung ansteckungsverdächtiger Personen richtet sich nach der Zeit, welche erfahrungsgemäß zwischen der Ansteckung und dem Ausbruch der Krankheit liegt, und wird noch besonders geregelt werden.

Eine verschärfte Art der Beobachtung, verbunden mit Beschränkungen in der Wahl des Aufenthalts oder der Arbeitsstätte, ist nur solchen Personen gegenüber zulässig, welche obdachlos oder ohne festen Wohnsitz sind oder berufs- oder gewohnheitsmäßig umherziehen.

II. Die Regierungspräsidenten können für den Umfang ihres Bezirkes oder für Teile desselben im Polizeiverordnungswege vorschreiben, daß zureisende Personen, sofern sie sich innerhalb einer der Inkubationszeit entsprechend zu bestimmenden Frist vor ihrer Ankunft in Ortschaften oder Bezirken aufgehalten haben, in welchen Körnerkrankheit, Rückfallfieber oder Typhus ausgebrochen ist, nach ihrer Ankunft der Ortspolizeibehörde schriftlich oder mündlich zu melden sind (§ 13 des Reichsgesetzes).

Unter zureisenden Personen sind nicht nur ortsfremde Personen, die von auswärts eintreffen, sondern auch ortsangehörige Personen zu verstehen, die nach längerem oder kürzerem Verbleiben in einer von der betreffenden Krankheit betroffenen Ortschaft

Benutzung von Wasserversorgungsanlagen usw. (§ 17), Räumung von Wohnungen und Gebäuden (§ 18), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3), Vorsichtsmaßregeln bezüglich der Leichen (§ 21);

8. Scharlach: wie zu Nr. 1;
9. Syphilis, Tripper und Schanker, bei Personen, welche gewerbsmäßig Unzucht treiben: Beobachtung kranker, krankheits- oder ansteckungsverdächtiger Personen (§ 12), Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2);
10. Typhus (Unterleibstyphus): Beobachtung kranker Personen (§ 12), Meldepflicht (§ 13), Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2 und 3 Satz 1), Kennzeichnung der Wohnungen und Häuser (§ 14 Abs. 4), Verkehrsbeschränkungen für das berufsmäßige Pflegepersonal (§ 14 Abs. 5), Überwachung der gewerbsmäßigen Herstellung, Behandlung und Aufbewahrung sowie des Vertriebs von Gegenständen, welche geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, nebst den zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit erforderlichen Maßregeln (§ 15 Nr. 1 und 2), mit der in Nr. 1 bezeichneten Maßgabe, Verbot oder Beschränkung der Ansammlung größerer Menschenmengen (§ 15 Nr. 3), sobald die Krankheit einen epidemischen Charakter angenommen hat, Fernhaltung von dem Schul- und Unterrichtsbesuche (§ 16), Verbot oder Beschränkung der Benutzung von Wasserversorgungsanlagen usw. (§ 17), Räumung von Wohnungen und Gebäuden (§ 18), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3), Vorsichtsmaßregeln bezüglich der Leichen (§ 21);

oder in einem solchen Bezirke nach Hause zurückkehren.

III. Einer Absonderung (§ 14 Abs. 2 des Reichsgesetzes) können unterworfen werden:

1. kranke Personen, und zwar:
   a) ohne Einschränkung bei übertragbarer Genickstarre, Ruhr und Tollwut; Erwachsene auch bei Diphtherie und Scharlach;
   b) bei Diphtherie und Scharlach unterliegen auch Kinder der Absonderung, jedoch mit der Maßgabe, daß ihre Überführung in ein Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum gegen den Widerspruch der Eltern nicht angewendet werden darf, wenn nach der Ansicht des beamteten Arztes oder des behandelnden Arztes eine ausreichende Absonderung in der Wohnung sichergestellt ist;
   c) kranke Personen, welche gewerbsmäßige Unzucht treiben, bei Syphilis, Tripper und Schanker.
2. kranke und krankheitsverdächtige Personen bei Rotz, Rückfallfieber und Typhus.

Die Absonderung Kranker und krankheitsverdächtiger Personen hat derart zu erfolgen, daß der Kranke mit anderen als den zu seiner Pflege bestimmten Personen, dem Arzt oder dem Seelsorger nicht in Berührung kommt, und eine Verbreitung der Krankheit tunlichst ausgeschlossen ist. Angehörigen und Urkundspersonen ist, insoweit es zur Erledigung wichtiger und dringender Angelegenheiten geboten ist, der Zutritt zu dem Kranken unter Beobachtung der erforderlichen Maßregeln gegen eine Weiterverbreitung der Krankheit gestattet. Werden auf Erfordern der Polizeibehörde in

11. Milzbrand: Überwachung der gewerbsmäßigen Herstellung, Behandlung und Aufbewahrung sowie des Vertriebs von Gegenständen, welche geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, nebst den zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit erforderlichen Maßregeln (§ 15 Nr. 1 und 2), mit der in Nr. 1 bezeichneten Maßgabe, Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3), Vorsichtsmaßregeln bezüglich der Leichen (§ 21);
12. Rotz: Beobachtung kranker Personen (§ 12), Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2 und 3 Satz 1), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3), Vorsichtsmaßregeln bezüglich der Leichen (§ 21);
13. Tollwut: Beobachtung gebissener Personen (§ 12), Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2).

Erkrankungsfälle, in welchen Verdacht von Kindbettfieber (Nr. 3), Rückfallfieber (Nr. 6), Typhus (Nr. 10) und Rotz (Nr. 12) vorliegt, sind bis zur Beseitigung dieses Verdachts wie die Krankheit selbst zu behandeln.

der Behausung des Kranken die nach dem Gutachten des beamteten Arztes zum Zwecke der Absonderung notwendigen Einrichtungen nicht getroffen, so kann, falls der beamtete Arzt es für unerläßlich und der behandelnde Arzt es ohne Schädigung des Kranken für zulässig erklärt, die Überführung des Kranken in ein geeignetes Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum angeordnet werden.

Sache des beamteten Arztes in Verbindung mit dem behandelnden Arzte wird es sein, die Absonderung womöglich in der Behausung des Kranken durchzuführen; in Fällen aber, wo dies nach den Verhältnissen nicht möglich ist, durch entsprechende Vorstellungen nach Möglichknit dafür zu sorgen, daß der Kranke sich freiwillig in ein geeignetes Krankenhaus überführen läßt. Dies gilt namentlich von solchen Kranken, welche sich in engen, dicht bevölkerten Wohnungen in öffentlichen Gebäuden, Schulen, Kasernen, Gefängnissen usw. oder in Räumen neben Milch- und Speisewirtschaften oder auf Gehöften, welche Milchlieferungen besorgen, befinden, sowie von Personen, welche kein besonderes Pflegepersonal zur Verfügung haben, sondern von ihren zugleich anderweitig in Anspruch genommenen Angehörigen gepflegt werden müssen.

IV. Wohnungen oder Häuser, in welchen an Rückfallfieber oder Typhus erkrankte Personen sich befinden, können kenntlich gemacht werden. (§ 14 Abs. 4 des Reichsgesetzes.)

Dies hat bei Tage durch eine gelbe Tafel mit dem Namen der betreffenden Krankheit, bei Nacht durch eine gelbe Laterne zu geschehen, welche an einer in die Augen fallenden Stelle anzubringen sind.

Ungeachtet der Schwierigkeiten,

mit welchen die Durchführung unter Umständen, z. B. in Großstädten, verbunden sein mag, wird doch geeignetenfalls von dieser Maßnahme namentlich in Ortschaften mit dicht zusammenwohnender Bevölkerung, z. B. in Industriegebieten, Gebrauch gemacht werden müssen.

V. Für das berufsmäßige Pflegepersonal können Verkehrsbeschränkungen angeordnet werden bei Diphtherie, Kindbettfieber, Rückfallfieber, Scharlach und Typhus (§ 14 Abs. 5 des Reichsgesetzes).

Diese Beschränkungen werden in der Regel darin zu bestehen haben, daß Pflegepersonen, welche einen mit einer dieser Krankheiten behafteten Kranken in Pflege haben, nicht gleichzeitig eine andere Pflege übernehmen dürfen, daß sie während der Pflege ein waschbares Überkleid zu tragen, die Vorschriften des beamteten Arztes bezüglich Desinfektion gewissenhaft zu befolgen und den Verkehr mit anderen Personen und in öffentlichen Lokalen tunlichst zu meiden haben.

Geben sie die Pflege des Kranken auf, so ist ihnen zu untersagen, die Pflege eines anderen Kranken zu übernehmen, bevor sie sich selbst ihre Wäsche und Kleidung einer gründlichen Reinigung und Desinfektion unterzogen haben.

VI. Für Ortschaften und Bezirke, in welchen Diphtherie, Milzbrand, Scharlach oder Typhus gehäuft vorkommen, können hinsichtlich der gewerbsmäßigen Herstellung, Behandlung und Aufbewahrung, sowie hinsichtlich des Vertriebes von Gegenständen, welche geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, eine gesundheitspolizeiliche Überwachung und die zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit erforderlichen Maßregeln angeordnet, auch können Gegenstände der bezeichneten Art vorübergehend vom Gewerbebetriebe im Umherziehen ausgeschlossen werden (§ 15 Ziff. 1 und 2 des Reichsgesetzes).

Von den hierhergehörigen Betrieben kommen namentlich in Betracht: Vorkosthandlungen bei Diphtherie und Scharlach, Molkereien und Milchhandlungen bei diesen beiden Krankheiten und bei Typhus, Abdeckereien, Gerbereien, Lumpenhandlungen, Papierfabriken, Roßhaarspinnereien, Schlächtereien und Wollsortierereien bei Milzbrand.

Mit dem Zeitpunkte, in welchem der Kranke in ein Krankenhaus übergeführt und die Wohnung wirksam desinfiziert ist, sind die Beschränkungen unverzüglich wieder aufzuheben.

VII. Für Ortschaften und Bezirke, in welchen Rückfallfieber, Ruhr oder Typhus aufgetreten ist, kann die Abhaltung von Märkten, Messen und anderen Veranstaltungen, welche eine Ansammlung größerer Menschenmengen mit sich bringen, verboten oder beschränkt werden, sobald die Krankheit einen epidemischen Charakter angenommen hat.

Vor Erlaß derartiger Anordnungen ist sorgfältig zu prüfen, ob die Größe der abzuwendenden Gefahr mit den damit verbundenen wirtschaftlichen Nachteilen für die Bevölkerung in einem entsprechenden Verhältnisse steht.

VIII. Jugendliche Personen aus Behausungen, in welchen eine

Erkrankung an Diphtherie, Rückfallfieber, Ruhr, Scharlach oder Typhus vorgekammen ist, müssen, soweit und solange eine Weiterverbreitung der Krankheit aus diesen Behausungen zu befürchten ist, vom Schul- und Unterrichtsbesuche ferngehalten werden (§ 16 des Reichsgesetzes).

Auch ist darauf hinzuwirken, daß der Verkehr dieser Personen mit anderen Kindern, insbesondere auf öffentlichen Straßen und Plätzen, möglichst eingeschränkt wird.

IX. In Ortschaften, welche von Ruhr oder Typhus befallen oder bedroht sind, sowie in deren Umgegend, kann die Benutzung von Brunnen, Teichen, Seen, Wasserläufen, Wasserleitungen, sowie der dem öffentlichen Gebrauche dienenden Bade-, Schwimm-, Wasch- und Bedürfnisanstalten verboten oder beschränkt werden (§ 17 des Reichsgesetzes).

Vor dem Erlaß einer solchen Anordnung ist sorgfältig zu prüfen, ob die betreffende Anlage ihrer Lage, Bauart und Einrichtung nach geeignet ist, zur Verbreitung der Krankheit beizutragen. Die Entscheidung hierüber ist nicht ohne vorherige Anhörung des beamteten Arztes zu treffen. In Zweifelsfällen ist eine bakteriologische Untersuchung zu veranlassen.

X. Die gänzliche oder teilweise Räumung von Wohnungen und Gebäuden, in denen Erkrankungen an Rückfallfieber, Ruhr oder Typhus vorgekommen sind, kann, insoweit der beamtete Arzt es zur wirksamen Bekämpfung der Krankheit für unerläßlich erklärt, angeordnet werden. Den betroffenen Bewohnern ist anderweit geeignete Unterkunft unentgeltlich zu bieten (§ 18 des Reichsgesetzes).

Diese einschneidende, nicht selten erhebliche Aufwendungen bedingende Maßregel darf nur ausnahmsweise in Fällen dringender Not, z. B. dann angeordnet werden, wenn die betreffenden Wohnungen und Gebäude so schlecht gehalten oder so überfüllt sind, daß sie die Bildung eines Seuchenherdes veranlaßt haben oder befürchten lassen.

XI. Für Gegenstände und Räume, von denen anzunehmen ist, daß sie mit dem Krankheitsstoffe behaftet sind, kann eine Desinfektion angeordnet werden. Ist die Desinfektion nicht ausführbar oder im Verhältnis zum Werte der Gegenstände zu kostspielig, so kann die Vernichtung angeordnet werden (§ 19 Abs. 1 und 3 des Reichsgesetzes).

Für die Ausführung der Desinfektion ist die anliegende Desinfnsanweisung (Anlage 5) maßgebend.

Anlage 5.

Abgesehen von der Wäsche, Kleidung, den persönlichen Gebrauchsgegenständen und dem Wohnzimmer des Kranken sind bei der Desinfektion besonders zu berücksichtigen:

der Nasen- und Rachenschleim, sowie die Gurgelwässer bei Diphtherie, Genickstarre, Lungen- und Kehlkopftuberkulose und Scharlach,

die Stuhlentleerungen bei Ruhr und Typhus,

der Urin bei Typhus,

die eitrigen Absonderungen und Verbandmittel bei Kindbettfieber.
Milzbrand und Rotz.

Es ist regelmäßig anzuordnen und sorgfältig darüber zu wachen. daß nicht nur nach der Genesung oder dem Tode des Erkrankten eine sogenannte Schlußdesinfektion stattfindet, sondern daß während der ganzen Dauer der Krankheit die Vorschriften der Desinfektionsanweisung peinlich befolgt werden. Es ist Aufgabe der Polizeibehörde, der beamteten und praktischen Ärzte, die Bevölkerung hierauf bei jeder sich darbietenden Gelegenheit hinzuweisen.

XII. Für die Aufbewahrung, Einsargung. Beförderung und Bestattung der Leichen von Personen, welche an Diphtherie, Ruhr, Scharlach, Typhus, Milzbrand oder Rotz gestorben sind, können besondere Vorsichtsmaßregeln angeordnet werden (§ 21 des Reichsgesetzes).

Als solche kommen in Betracht:

Einhüllen der Leichen in Tücher, welche mit einer desinfizierenden Flüssigkeit getränkt sind, baldige Einsargung, Füllung des Sargbodens mit einem aufsaugenden Stoffe, baldige Schließung des Sarges, Überführung des Sarges in ein Leichenhaus oder einen anderen geeigneten Absonderungsraum, Verbot der Ausstellung der Leiche im Sterbehause oder im offenen Sarge, Beschränkung des Leichengefolges, Verbot der Leichenschmäuse, baldige Bestattung, Vorschrift der Beobachtung von Desinfektionsmaßregeln seitens der Leichenträger.

Die Begleitung der Leichen der an Diphtherie oder Scharlach verstorbenen Personen durch Schulkinder und das Singen der Schulkinder am offenen Grabe dieser Leichen ist zu verbieten.

§ 9.

Personen, welche an Körnerkrankheit leiden, können, wenn sie nicht glaubhaft nachweisen, daß sie sich in ärztlicher Behandlung befinden, zu einer solchen zwangsweise angehalten werden.

Bei Syphilis, Tripper und Schanker kann eine zwangsweise Behandlung der erkrankten Personen, sofern sie gewerbsmäßig Unzucht treiben, angeordnet werden, wenn dies zur wirksamen Verhütung der Ausbreitung der Krankheit erforderlich erscheint.

Zu § 9.

1. Die zwangsweise Anhaltung zur ärztlichen Behandlung von Personen, welche an Körnerkrankheit leiden, soll nur in Orten und in Bezirken stattfinden, in welchen eine planmäßige Bekämpfung der Körnerkrankheit stattfindet.

Die zwangsweise Behandlung kann in öffentlichen ärztlichen Sprechstunden oder in einem geeigneten Krankenhause stattfinden, die Unterbringung in einem Krankenhause jedoch nur dann, wenn zur Heilung des Falles die Vornahme einer Operation erforderlich ist. Die Vornahme einer solchen ist nur mit Zustimmung des Kranken zulässig.

Findet die Behandlung in einer öffentlichen Sprechstunde statt, so können die Kranken angehalten werden, sich an bestimmten Tagen und Stunden zur Untersuchung und Behandlung einzufinden.

2. Personen, welche gewerbsmäßig Unzucht treiben, sind anzuhalten, sich an bestimmten Orten und zu bestimmten Tagen und Stunden zur Untersuchung einzufinden. Wird bei dieser Untersuchung festgestellt, daß sie an Syphilis, Tripper oder Schanker leiden, so sind sie anzuhalten, sich ärztlich behandeln zu lassen.

Es empfiehlt sich, durch Einrichtung öffentlicher ärztlicher Sprechstunden diese Behandlung möglichst zu erleichtern. Können die betreffenden Personen nicht nachweisen, daß sie diese Sprechstunden in dem erforderlichen Umfange besuchen, oder besteht begründeter Verdacht, daß sie trotz ihrer Erkrankung den Betrieb der gewerbsmäßigen Unzucht fortsetzen, so sind sie unverzüglich in ein geeignetes Krankenhaus zu überführen und aus demselben nicht zu entlassen, bevor sie geheilt sind.

§ 10.

Die Verkehrsbeschränkungen aus den §§ 24 und 25 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, finden auf Körnerkrankheit, Rückfallfieber und Typhus mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, daß das Staatsministerium ermächtigt ist, Vorschriften über die zu treffenden Maßnahmen zu beschließen und zu bestimmen, wann und in welchem Umfange dieselben in Vollzug zu setzen sind.

§ 11.

Das Staatsministerium ist ermächtigt, die in dem § 8 des gegenwärtigen Gesetzes bezeichneten Absperrungs- und Aufsichtsmaßregeln

für einzelne Teile oder den ganzen Umfang der Monarchie auch auf andere in dem § 8 des gegenwärtigen Gesetzes nicht genannte übertragbare Krankheiten in besonderen Ausnahmefällen vorübergehend auszudehnen, wenn und solange dieselben in epidemischer Verbreitung auftreten.

Die auf Grund der vorstehenden Bestimmung und auf Grund der §§ 5 und 7 ergangenen Verordnungen sind dem Landtage, wenn er versammelt ist, sofort, andernfalls bei seinem nächsten Zusammentreten vorzulegen. Sie sind außer Kraft zu setzen, soweit der Landtag seine Zustimmung versagt.

Anzuwendende Schutzmassregeln.

Nach § 8 Abs. 1 des preußischen Gesetzes sind bei den hier aufgeführten übertragbaren Krankheiten die Maßnahmen, welche nach den §§ 12—19 und 21 des Reichsgesetzes bei den in diesem Gesetz namhaft gemachten Krankheiten zur Anwendung kommen können, nur in beschränktem Umfange zulässig.[1])

So sind sie auf ansteckungsverdächtige Personen (1. Ausführungsbest. zu § 8 Abs. 1) nur in dem einen Falle anwendbar, wenn es sich um Syphilis, Tripper und Schanker handelt, und auch nur, falls die betreffenden Personen gewerbsmäßig Unzucht treiben. Von den Verkehrsbeschränkungen des Pflegepersonals wird unten die Rede sein.

Auch auf die krankheitsverdächtigen Personen (Ausführungsbest. zu § 8 Ziffer I) finden von den nach dem Reichsgesetz zulässigen Maßnahmen nur Beobachtung und Absonderung,

---

[1]) In der Medizinalabteilung des Kultusministeriums sind sicherem Vernehmen nach wichtige Änderungen der Ausführungsbestimmungen zu diesem Gesetz ausgearbeitet worden, welche demnächst zur Veröffentlichung kommen sollen. Die Änderungen beziehen sich zwar, so viel bekannt, im wesentlichen auf die Desinfektionsanweisung, aller Wahrscheinlichkeit nach werden aber auch die Ausführungsbestimmungen zu § 8 eine Umgestaltung erfahren. Unter diesen Umständen mußte vorläufig davon Abstand genommen werden, die zur Zeit vorliegenden Ausführungsbestimmungen zu § 8 einer erläuternden Erörterung zu unterziehen. Die gegebenen Erläuterungen beziehen sich vielmehr nur auf die feststehenden Bestimmungen des Gesetzes selbst. Sollten die demnächst zu erlassenden Ausführungsbestimmungen eine besondere Erläuterung bedingen, so wird diese in Form eines Nachtrags erscheinen.

und zwar nur bei Rückfallfieber, Typhus und Rotz, ferner nur Beobachtung allein bei den oben genannten Geschlechtskrankheiten, und zwar auch nur mit den erwähnten Einschränkungen Anwendung.

Mit Bezug auf kranke Personen, d. h. solche Personen, bei denen eine übertragbare Krankheit festgestellt ist, können jedoch verschiedene Maßnahmen des Reichgesetzes in Anwendung kommen.

Als erste Maßregel kommt die Beobachtung des Kranken in Frage. Sie ist zulässig bei Personen, welche an Körnerkrankheit (Granulose, Trachom), Geschlechtskrankheiten, Unterleibstyphus und Rotz leiden. Beobachtung des Kranken.

In welcher Weise die Beobachtung stattzufinden hat, ist in den Ausführungsbestimmungen zu § 8 enthalten.[1]) Die Beobachtung ist die mildeste Maßregel.

Die im Reichsgesetz vorgesehene Beschränkung in der Wahl des Aufenthaltes oder der Arbeitsstätte ist nach dem preußischen Gesetz nicht zulässig. Absonderung des Kranken.

Die Beobachtung allein wird indessen nur in seltenen Fällen genügen, um die Weiterverbreitung einer Krankheit zu verhindern, deswegen ist sie bei einer Reihe von Krankheiten mit Bezug auf die Kranken selbst überhaupt nicht vorgesehen, so bei Diphtherie Scharlach, Genickstarre und Ruhr. Als weitere Maßregel kann die Absonderung des Kranken zur Anwendung gelangen.

Für die Absonderung kommt zunächst die Absonderung des Kranken in der Wohnung selbst in Betracht. Nur wo diese nicht durchzuführen ist oder nicht in ausreichender Weise erfolgt, wird die Überführung des Kranken in ein Krankenhaus oder einen anderen geeigneten Unterkunftsraum notwendig werden. Unter sonstigen geeigneten Unterkunftsräumen sind hier solche Räume zu verstehen, welche zur Unterbringung von Kranken an Orten eingerichtet worden sind, in welchen sich entweder kein Krankenhaus befindet oder wo dieses keine zur Absonderung geeignete Räume besitzt. Eine derartige Absonderung des Kranken bzw.

---

[1]) In kurzer Zeit werden ähnliche Anweisungen zur Bekämpfung der einzelnen übertragbaren Krankheiten vonseiten des Medizinalministeriums herausgegeben werden, wie sie bereits zur Bekämpfung der Cholera, der Pocken, der Pest, des Gelbfiebers und des Aussatzes erschienen sind. In diesen werden zweifellos noch nähere Bestimmungen inbetreff der einzelnen Krankheiten enthalten sein, namentlich auch darüber, wie lange die Beobachtung bei jeder Krankheit zu erfolgen hat.



seine Überführung in ein Krankenhaus kann angeordnet werden bei Diphtherie, Scharlach, Genickstarre, Rückfallfieber, Ruhr, Geschlechtskrankheiten, Unterleibstypus, Rotz und Tollwut.

Mitwirkung des behandelnden Arztes bei Absonderung des Kranken.

Bei Diphtherie und Scharlach kann für erwachsene Kranke zwar gegebenenfalls ihre Überlieferung in ein Krankenhaus oder einen anderen geeigneten Unterkunftsraum auch gegen den Willen des Kranken bzw. der Angehörigen angeordnet werden, für Kinder aber nur mit Genehmigung der Eltern, sonst nur dann, wenn nach Ansicht des beamteten Arztes oder des behandelnden Arztes eine ausreichende Absonderung in der Wohnung nicht sichergestellt ist. Auch hier ist also der behandelnde Arzt zu wesentlicher Mitwirkung berufen. Es ist ihm damit aber auch eine große Verantwortlichkeit auferlegt und er wird in gegebenen Fällen, so sehr er auch das Empfinden der Eltern zu schonen bemüht sein mag, gewissenhaft zu erwägen haben, ob nicht durch das Verbleiben eines mangelhaft abgesonderten Kindes in der Wohnung eine Weiterverbreitung der Krankheit befördert und dadurch größeres Unheil und größerer Jammer heraufbeschworen wird, als wenn das Kind, auch gegen den Willen der Eltern, in ein Krankenhaus überführt wird. Die Verständigung des beamteten Arztes mit dem behandelnden wird in ähnlicher Weise herzustellen sein, wie dieses in den Erläuterungen zu § 6 angegeben ist.

(Schluß folgt.)

Sozialmedizinische Kasuistik.

Darf der Arzt über die Krankheit des von ihm behandelten Kassenmitgliedes ohne dessen Genehmigung der Krankenkasse Auskunft erteilen? Von Dr. Paul Brunn, Vorstandsmitglied der Landesversicherungsanstalt Berlin. (Die Arbeiterversorgung Nr. 8 1906). Über die Frage, ob der Arzt berechtigt ist, über die Krankheit eines von ihm behandelten Kassenmitgliedes ohne dessen Erlaubnis der Krankenkasse Auskunft zu erteilen, hat sich der großh. badische Verwaltungsgerichtshof in einer Entscheidung vom 14. November 1905 geäußert. Eine Kasse hatte zu ihrem Statut den Zusatz beschlossen:

„Die Ärzte sind berechtigt, der Verwaltung der Kasse die zur Feststellung der Unterstützungsansprüche sowie die für die Geschäftsführung notwendigen Auskünfte zu erteilen".

Den die Genehmigung mit Rücksicht auf § 300 des Strafgesetzbuches versagenden Bescheid focht die Kasse mit der Klage an.

Zu dieser für die Ärzte und Kassen wichtigen Streitfrage äußert sich Brunn in folgender Weise:

§ 300 RStGB. bedroht außer anderen Personen Ärzte sowie deren Gehilfen mit Geldstrafe bis zu 1500 Mk. oder mit Gefängnis bis zu 3 Monaten, wenn sie unbefugt Privatgeheimnisse offenbaren, die ihnen kraft ihres Amtes, Standes oder Gewerbes anvertraut sind. In Literatur und Judikatur herrscht darüber Übereinstimmung, daß zu den Privatgeheimnissen im Sinne des § 300 zunächst die Krankheit selbst, sodann aber auch alles das gehört, was der Arzt bei der Untersuchung und Behandlung des Kranken erfahren hat, z. B. über die Ursachen der Krankheit. Diese Tatsachen brauchen dem Arzt nicht ausdrücklich als Geheimnis anvertraut zu sein, sondern sie gelten ohne weiteres dafür, wenn sie ihm in seiner Eigenschaft als Arzt mitgeteilt, oder seiner Kenntnis zugänglich gemacht sind. Der Tatbestand des § 300 erfordert weiter, daß die Preisgabe des Privatgeheimnisses unbefugt geschehen ist. Dies ist zweifellos dann nicht der Fall, wenn der Kranke selbst die Erlaubnis zur Offenbarung gegeben hat. Unbefugt ist die Offenbarung auch dann nicht, wenn sie nicht widerrechtlich ist, d. h. wenn sie entweder im Gesetz gefordert oder doch für zulässig erklärt wird. Es braucht dies nicht expressis verbis zu geschehen, sondern es genügt, daß die Durchführung des Gesetzes ohne die Offenbarung dieser Privatgeheimnisse nicht möglich ist. Letzteres trifft, wie das oben erwähnte Erkenntnis des großh. badischen Verwaltungsgerichtshofes überzeugend darlegt, für das Krankenversicherungsgesetz zu.

Die Kasse, welche den Kranken ärztliche Behandlung usw. zu gewähren hat, ist berechtigt, vom Arzte eine eingehende Darlegung der Krankheit und ihre Veranlassung in speziellen Fällen einzufordern, damit sie sich z. B. darüber schlüssig werden kann, ob Krankenhausbehandlung auf ihre Kosten eintreten soll oder nicht. Deswegen aber ist der durch § 300 RStGB. gewährte Schutz für die der Krankenversicherung unterstellten Personen nicht beseitigt. Sache des Arztes wird es vielmehr sein, im einzelnen Falle in eine Prüfung darüber einzutreten, wie weit für die Kasse zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Pflichten Kenntnis der Krankheit, ihrer Ursache, ihres Verlaufes usw. erforderlich ist. Danach erscheint es Verfasser nicht zulässig, daß die Kasse, wie das in der Praxis häufig üblich ist, bezüglich jedes einzelnen Patienten die Ausfüllung einer Zählkarte vom Arzt fordert, in der genauere Angaben über die Krankheit gemacht werden. Derartige Erhebungen haben, zumal sie in der Regel erst nach Beendigung der Behandlung erfolgen, meistens wissenschaftliche Zwecke, z. B. um Material über die Häufigkeit des Auftretens von Krankheiten in bestimmten Berufen (Gewerbekrankheiten) usw. zu sammeln. Können derartige Feststellungen nicht in der Weise erfolgen, daß der Name des Patienten weder genannt, noch auch von der Kasse durch Nachschlagen der Buchnummer jeder Zeit ermittelt werden kann, so dürften sie ebenso unzulässig sein, wie nach herrschender Ansicht die Veröffentlichung eines Krankheitsfalles im Interesse der medizinischen Wissenschaft unter Bezeichnung des Patienten.

Brunn spricht zum Schluß die Hoffnung aus, daß bei der in Aussicht stehenden Neuregelung des Krankenversicherungswesens dadurch Wandel geschaffen werden wird, daß die Ärzte zur Auskunftserteilung an die Kasse allgemein autorisiert werden; allerdings müßten dann die Strafbestimmungen des § 300 RStGB. auch auf die Angestellten der Kasse ausgedehnt werden.

Die Einweisung von Invalidenrentenbewerbern in ein Krankenhaus durch die untere Verwaltungsbehörde. (Von Amtmann Bazille in Stuttgart. Die Arbeiterversorgung Nr. 7 1906). Verfasser empfiehlt den unteren Verwaltungsbehörden vor der Begutachtung von Invalidenrentenansprüchen unter Umständen auch eine Beobachtung im Krankenhaus anzuordnen, vor dieser Verordnung aber sich zweckmäßigerweise mit dem Vorstand der Versicherungsanstalt ins Benehmen zu setzen, während Seelmann sich in einem früheren Aufsatze dahin ausgesprochen hatte, daß aus dem Gesetze sich eine derartige Befugnis nicht herleiten lasse.

Verfasser führt einen in Württemberg zur Entscheidung gekommenen Fall an:

Hier hatte eine untere Verwaltungsbehörde wiederholt Rentenbewerber zwecks Feststellung ihrer Krankheiten in ein Krankenhaus eingewiesen, ohne zuvor das Einverständnis der Versicherungsanstalt einzuholen. Nachdem anfänglich die Versicherungsanstalt Württemberg die daraus erwachsenen Kosten anstandslos bezahlt hatte, weigerte sie sich, in weiteren Fällen die Kosten zu tragen, mit der Begründung, daß sie die Einweisung in das Krankenhaus nicht veranlaßt habe und daß dem § 64 Abs. 3 IVG. eine solche weite Auslegung nicht gegeben werden könne. Gegen diese Ablehnung erhob die untere Verwaltungsbehörde Beschwerde bei dem württembergischen Landesversicherungsamt. Zur Begründung führte sie folgendes aus:

1. Nach § 112 Abs. 2 IVG. hat die untere Verwaltungsbehörde die zur Klarstellung des Sachverhalts erforderlichen Erhebungen anzustellen. Welche Erhebungen dies sind, ist im IVG. nicht gesagt; es ist aber selbstverständlich,

daß eben diejenigen Erhebungen gemeint sind, die nach vernünftigem Ermessen von der unteren Verwaltungsbehörde für notwendig erachtet werden.

2. Die durch das Verfahren entstandenen baren Auslagen sind von der Versicherungsanstalt zu erstatten. Zu diesen baren Auslagen gehören zweifellos auch die für Gutachten und für Einweisung in ein Krankenhaus zwecks Erlangung solcher Gutachten; denn es handelt sich hierbei um Angelegenheiten der Versicherungsanstalt, in denen die untere Verwaltungsbehörde für sie nur die Geschäfte führt. Verfasser fügt folgendes hinzu:

Das Gesetz verlangt von den unteren Verwaltungsbehörden die zur Klarstellung des Sachverhaltes erforderlichen Erhebungen und sodann ein Gutachten über die Erwerbsfähigkeit. Wer den Zweck will, will auch die notwendigen Mittel. Sagt also z. B. der Arzt, der das Gutachten abgibt, daß eine sichere Diagnose oder Prognose nur durch Beobachtung im Krankenhaus gestellt werden könne und bestätigt etwa der der unteren Verwaltungsbehörde beigegebene Arzt diese Ansicht, so weiß ich nicht, wie die untere Verwaltungsbehörde ein pflichtmäßiges Gutachten abgeben soll, ohne zuvor die Krankenhausbeobachtung angeordnet zu haben. In diesem Falle kann sie nicht nur, sondern sie muß auch die Einweisung in das Krankenhaus verfügen; denn sie ist verpflichtet, die zur Klarstellung des Sachverhaltes erforderlichen Erhebungen anzustellen und diese können in einem solchen Fall nur in der Einweisung in das Krankenhaus bestehen. Läßt sich aber diese Befugnis der unteren Verwaltungsbehörde nicht leugnen, so ist die Pflicht zur Kostentragung durch die Versicherungsanstalt gemäß § 64 Abs. 3 IVG. außer Zweifel. Ist die Versicherungsanstalt der Ansicht, daß die Einweisung in das Krankenhaus durch die untere Verwaltungsbehörde nicht notwendig war, so kann sie sich dieserhalb bei deren vorgesetzter Behörde beschweren; nicht aber ist sie zur Verweigerung der Kostenzahlung befugt.

Das angerufene württembergische Landesversicherungsamt hat die Sache dem Ministerium des Innern vorgetragen und dieses hat dahin entschieden, daß in Zukunft von der Einweisung in ein Krankenhaus nur dann Gebrauch zu machen ist, wenn der Vorstand der Versicherungsanstalt sich zuvor mit ihr einverstanden erklärt hat. Verfasser meint, daß durch diese Verfügung nur eine materielle Änderung des Verfahrens eingetreten ist, keine formelle. Die untere Verwaltungsbehörde hat schon bis jetzt nur solche Personen in ein Krankenhaus eingewiesen, bei denen dies unumgänglich notwendig war; ebenso wird dies auch in Zukunft sein.

Störungen in der Gewöhnung an körperliche Gebrechen und ihre Bedeutung für die Invaliditätsversicherung. (Von Dr. Schmidt, Kottbus. Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen 13. Jahrg. 1906 Nr. 1). „Die Gewöhnung an körperliche Gebrechen“, so sagt der Verfasser, „tritt in der Regel in vollkommenster Weise ein, wenn nach einer Krankheit oder einer Verletzung schon in früher Jugend der Zustand des betroffenen Körperteiles ein dauernder geworden ist. Oft entwickeln Leute mit größter Verkrüppelung und Verstümmelung der Gliedmaßen eine fast unglaubliche Arbeitskraft. In der Jugend erfolgt naturgemäß die Gewöhnung leichter als im Alter, denn die psychische Anpassungsfähigkeit an alle Gebrechen, die Beweglichkeit der Glieder, die Kräftigung der Muskulatur ist hier eine viel größere. Im Alter dagegen arbeitet die Straffheit der Gelenkkapseln und Bänder dem Ausgleich entgegen. Bei Krüppeln rufen Erkrankungen schneller eine Arbeitsunfähigkeit hervor, als bei Gesunden; denn es liegt auf der Hand, daß beispielsweise ein Rekonvaleszent

mit einem alten Leiden schwerer arbeitsfähig werden wird, als ein solcher mit gesunden Gliedern.

Große Schwierigkeiten bereitet häufig die Beurteilung dieser Fälle. wenn eine direkte Verschlimmerung nicht nachweislich ist. Der Begutachter hat hier auf verschiedene Punkte zu achten. Er wird bei den Gelenken zu sehen haben, ob nicht eine Arthitis deformans oder rheumatica. bei Plattfuß, ob nicht entzündliche Erscheinungen, ferner ob nicht anderweitige Krankheiten wie Artheriosklerose, Muskelatrophie usw. vorliegen. Auch der Allgemeinzustand ist in Berücksichtigung zu ziehen. Der Gutachter muß diese Veränderungen natürlich besonders beschreiben und betonen, denn in der Regel werden bei Verkrüppelten, welche das 50. Lebensjahr noch nicht erreicht haben, die Klagen, daß sie abgearbeitet seien, einer Begründung entbehren. falls nicht ein allgemeines konstitutionelles Leiden oder eine andere Krankheit ihre Arbeitsfähigkeit wirklich unterbrechen. Bei jungen Verkrüppelten ist oft die Sucht nach einer Rente oder die Aufhetzung von anderer Seite Grund zum Antrag. Auf die Angaben der Rentenbewerber allein hin ist natürlich niemand im Sinne des Gesetzes für invalide zu erklären.

Ganz besonders vorsichtig muß man bei jugendlichen Leuten mit der Erklärung dauernder Invalidität sein. denn sie sind noch im Alter der Anpassungsfähigkeit. Ältere Leute werden dagegen bei längeren Leiden häufig Ganzinvalide. Daß im allgemeinen viel zu leicht dauernde Invalidität angenommen wird. hat die Erfahrung der letzten Jahre hinreichend erwiesen. Im allgemeinen bedarf die Begutachtung der Rentensucher, welche ihren Beruf mit verkrüppelten Gliedmaßen ausgeübt haben, einer ganz besonderen Sorgfalt. denn die Unglücklichen, welche mit größter Mühe und schwachen Kräften den Kampf ums Dasein errungen und behauptet haben. verdienen eine wohlwollende Beurteilung, wenn ihre Kräfte versagen. Dieses Wohlwollen darf aber andererseits nicht zu einer falschen unbegründeten Nachsicht gegen unberechtigte Ansprüche werden."

Ohne Zweifel bietet die Begutachtung von Personen mit körperlichen Gebrechen dem Arzt mancherlei Schwierigkeiten. Viel öfter wird er bei einem Krüppel zu der Annahme kommen müssen, daß hier Invalidität im Sinne des Gesetzes vorliegt als bei einem Rentenbewerber, der vorher gesund war. Die Fälle. in denen durch Anpassung an die Arbeit volle Erwerbsfähigkeit wieder erreicht ist. sind bei Verkrüppelten im allgemeinen doch nicht zu häufig. Dagegen hebt der Verfasser mit Recht hervor, daß man bei jugendlichen Individuen mit der Erklärung der dauernden Invalidität immerhin vorsichtig sein soll. Für die Begutachtung von Personen mit körperlichen Gebrechen wäre es jedenfalls von großem Wert, wenn die Invalidenrente nicht nur bei Einbuße von $^{2}/_{3}$ Erwerbsfähigkeit. sondern auch bei geringeren Graden der Erwerbsbehinderung zuerkannt werden könnte, wie jetzt von vielen Seiten bei der Reform der Arbeiterversicherungsgesetzgebung empfohlen wird.

Tod durch Blitzschlag als Betriebsunfall.[1]) Die Arbeiterversorgung Nr. 3 1905. Landwirt G. Z., welcher mit Kirschenbrechen beschäftigt war, stellte sich bei Ausbruch eines Gewitters unter einen in der Nähe stehenden großen Nußbaum, um Schutz gegen das Unwetter zu suchen; hier wurde er vom Blitze getroffen und getötet. Den Entschädigungsanspruch der Witwe lehnte

[1]) Entscheidung des Großherzogl. Badischen Landesversicherungsamtes vom 24. Februar 1905.

die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft ab, weil der örtliche Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem landwirtschaftlichen Betrieb dadurch aufgehoben sei, daß sich G. Z. von der Betriebsstätte entfernt habe, um Schutz vor den Unbilden der Witterung zu suchen. Das Schiedsgericht nahm zwar den örtlichen und zeitlichen Zusammenhang des Unfalls mit dem Betriebe, nicht aber auch den ursächlichen Zusammenhang als gegeben an, indem es auf die in der „Unfallversicherungspraxis“ V. Jahrgang S. 115 und VI. Jahrgang S. 163 mitgeteilten Urteile des württembergischen Landesversicherungsamtes Bezug nahm und hervorhob, daß G. Z. keinerlei landwirtschaftliches Arbeitsgerät mit sich geführt habe, das den Blitz angezogen haben könnte, und daß er nicht durch seinen landwirtschaftlichen Betrieb veranlaßt worden sei, sich unter den Baum zu stellen. Der Rekurs hatte Erfolg. Gründe:

Das Kirschenbrechen stellt eine landwirtschaftliche Betriebstätigkeit dar. Der örtliche und zeitliche Zusammenhang des Unfalls mit eben dieser Betriebstätigkeit ist dadurch nicht aufgehoben worden, daß G. Z. so, wie angegeben, sich verhielt, denn es ist offensichtlich, daß er nur für die regelmäßig kurze Dauer eines Gewitterregens die Arbeit einstellen und diese demnächst wieder aufnehmen, mindestens aber die bereits gebrochenen Kirschen nach Hause verbringen wollte, was ebenso, wie das Brechen der Kirschen, einen Akt des landwirtschaftlichen Betriebes darstellt. Ein bloß zeitlicher und örtlicher Zusammenhang zwischen einem schädigenden Ereignis und einer Betriebstätigkeit reicht nun allerdings noch nicht aus, den Entschädigungsanspruch aus den Versicherungsgesetzen zu begründen, weil diese Gesetze mit den Worten „Folgen der bei dem Betrieb' sich ereignenden Unfälle“ zweifellos einen ursächlichen Zusammenhang erfordern. In all den zahlreichen Fällen, in welchen das schädigende Ereignis in den besonderen Gefahren, welche der in Frage stehende Betrieb bietet, seinen Entstehungsgrund hat, wird regelmäßig der örtliche und zeitliche Zusammenhang zwischen Unfall und Betriebstätigkeit auch den ursächlichen Zusammenhang beider ergeben. Schwierigkeiten für die Rechtsprechung ergeben sich in dieser Richtung meist nur, wenn das schädigende Ereignis keine dem in Rede stehenden Betriebe eigentümliche Gefahr darstellt. Wenn in solchen Fällen — wie dies auch häufig geschieht — der Entschädigungsanspruch mit der Begründung abgelehnt wird, daß der Geschädigte einer Gefahr, der jedermann ohne Unterschied, ob er in dem fraglichen Betrieb tätig ist oder nicht, in gleicher Weise ausgesetzt oder, wie gewöhnlich gesagt wird, einer Gefahr des gemeinen Lebens erlegen sei, so entspricht das nicht dem Gesetz. Dieses erfordert zum Begriff des Betriebsunfalles nicht, daß der Unfall durch besondere, dem betreffenden Betriebe eigentümliche Gefahren verursacht worden ist. Will man in solchen Fällen nicht soweit gehen, daß man den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Betrieb schon dadurch für ausreichend gegeben ansieht, daß der Geschädigte nachgewiesenermaßen nur durch die versicherte Tätigkeit veranlaßt worden ist, zu der bestimmten Zeit, in welcher das schädigende Ereignis eingetreten ist, an dem bestimmten Ort, wo dasselbe gegen ihn wirksam wurde, sich aufzuhalten — was in der hier vorliegenden Sache dahingestellt bleiben mag — so muß doch jenes Erfordernis des Gesetzes für gegeben erachtet werden, wenn zu dem Nachweis, daß eine im allgemeinen genommen jedermann drohende Gefahr im konkreten Fall eine bestimmte Person nur deshalb wirklich getroffen hat, weil dieselbe infolge einer versicherten Tätigkeit und nur aus diesem Grunde zu einer gewissen Zeit an einem bestimmten Ort gewesen ist, noch hinzukommt,

daß an eben diesem Ort der Grad der Wahrscheinlichkeit, daß die Gefahr wirksam werde, erhöht war.

Dies trifft im vorliegenden Falle zu.

G. Z. ist durch seine landwirtschaftliche Betriebstätigkeit an dem fraglichen Tage auf das freie Feld geführt und hierdurch bei dem unerwartet ausgebrochenen Unwetter veranlaßt worden, sich unter den großen Nußbaum zu flüchten. Daß an eben dieser Stelle die Gefahr, vom Blitze getroffen zu werden, größer war, als sie gemeinhin ist, muß als durch die Erfahrung erwiesen angesehen werden. Wenn sich aus eben dieser Erfahrungstatsache ergibt, daß G. Z. unvernünftig gehandelt hat, indem er sich unter den Baum stellte, so ist dies für den Entschädigungsanspruch gemäß § 7 Abs. 2 L. UVG. ohne Belang. Es muß daher der Witwe die gesetzliche Entschädigung zuerkannt werden.

Man kann dem Urteil des Landesversicherungsamts nur beipflichten. Wenn eine allerdings jedermann drohende Gefahr im konkreten Fall eine Person nur deshalb wirklich trifft, weil sie sich infolge ihrer Beschäftigung zu einer gewissen Zeit gerade an dem Orte befand, wo das schädigende Ereignis eintrat, so liegt offenkundig ein Betriebsunfall vor. Ernst Joseph.

Medizinalstatistische Daten.

1. Sterblichkeit in Stadt und Land in England.

Die Erörterungen über die Sterblichkeit in Stadt und Land, die in den letzten zehn Jahren in Deutschland stattfanden, haben zu Untersuchungen hierüber auch in England geführt. Schon im 64. Annual Report of the Registrar-General of births, deaths and marriages in England and Wales (für 1901) wurden einige Todesursachen für Stadt und Land ausgezählt, in erweitertem Maße ist dies im 65. Annual Report der Fall, in welchem diese Berechnungen nicht nur für 1902, sondern auch für das Lustrum 1897—1901 ausgeführt wurden. In England sind derartige Aufnahmen viel eher möglich als in anderen Ländern, da hier die Erhebung der Todesursachen seit 1874 gesetzlich sehr gut geregelt ist und diese fast bei allen Gestorbenen, auch auf dem Lande, durch Ärzte beglaubigt sind, nur in einer kleinen Zahl von Fällen (zum Teil plötzliche Todesfälle) wird die Todesursache durch die nichtärztlichen Leichenschauer (coroners) erhoben. Eine direkte Trennung von Stadt und Land ist in der englischen Statistik allerdings nicht üblich, wie z. B. in Preußen; die Trennung wurde daher in der Weise vorgenommen, daß 11 Grafschaften mit hauptsächlich städtischem Charakter und 16 Grafschaften mit ländlichem Charakter und nur kleinen Städten zum Vergleich ausgewählt wurden.

Die ausgewählten urban counties sind Glamorgan (mit 91,4 % ärztlich bezeugten Sterbefällen im Jahre 1902), Lancaster (91,9 %), London (90,0 %), Middlesex (92 %), Monmouth (92,2 %), Northumberland (91,7 %), Nottingham (92,6 %), Stafford (91,6 %), Warwick (91,5 %), East Riding of Yorks (90,9 %) und West Riding of Yorks (92,1 %). Die „Rural Counties“ sind Buckingham (92,1 %), Cambridge (93,0 %), Cornwall (92,0 %), Hereford (88,8 %), Hutingdon (90,7 %), Lincoln (92,6 %), North Wales (92,2 %), Norfolk (92,2 %), Oxford (91,9 %), Rutland (91,7 %), Salop

(91,1 %), Somerset (91,7 %), South Wales (ohne Glamorgan, 91,4 %), Suffolk (91,6 %), Westmorland (92,0 %) und Wilts (92,8 %).

In den Jahren 1897—1901 war die Sterblichkeit in den städtischen Grafschaften 18,8 und in den ländlichen 16,4 ‰. Da jedoch der Altersaufbau der Bevölkerung in Stadt und Land sehr verschieden ist, so sind diese Ziffern nicht der richtige Ausdruck der Sterbegefahr der Bevölkerung. Es werden daher neben diesen „rohen Sterbeziffern" noch „korrigierte Sterbeziffern" berechnet, d. h. Ziffern, die sich ergeben würden, wenn die Altersbesetzung dieselbe wäre wie in ganz England und Wales. Diese korrigierten Sterbeziffern waren 1897—1901

	Urban Counties	Rural Counties	Verhältnis der städt. zur ländl. Sterblichkeit (diese = 100)
beim männlichen Geschlecht	20,9	15,3	137
beim weiblichen Geschlecht	18,2	13,7	133
bei beiden Geschlechtern zusammen	19,5	14,5	135
Verhältnis der männl. zur weibl. Sterblichkeit (diese = 100)	115	112	—

Im Alter von 5—15 Jahren ist die Sterblichkeit des weiblichen Geschlechts in Stadt und Land etwas höher als die des männlichen, in allen anderen Altersklassen überragt die männliche Sterblichkeit. Beim männlichen Geschlecht ist die städtische Sterblichkeit in allen Altersklassen höher, beim weiblichen macht nur das Alter von 15—25 Jahren hiervon eine Ausnahme. Es kamen auf 1000 Einwohner Sterbefälle

beim Alter von	Männliches Geschlecht Urban counties	Rural counties	Verhältnis Rur. c. = 100	Weibliches Geschlecht Urban counties	Rural counties	Verhältnis R. c. = 100
0— 5 Jahren	70,8	45,4	156	60,0	36,7	163
5—15 „	3,5	2,5	140	3,6	2,7	133
15—25 „	4,3	4,1	105	3,7	4,0	92
25—35 „	6,7	6,0	112	5,8	5,5	105
35—45 „	12,4	8,4	148	10,1	7,3	138
45—55 „	21,2	13,8	153	16,4	10,9	150
55—65 „	39,5	27,1	146	31,2	22,4	139
über 65 „	99,0	89,8	110	88,5	81,7	108

Im Alter der Entwicklung und der Hauptgebärtätigkeit ist demnach das Leben des weiblichen Geschlechts auf dem Lande teils mehr, teils ebenso stark gefährdet wie in der Stadt; vom 35.—65. Lebensjahre sind die Unterschiede zugunsten des Landes beträchtlich, doch nicht in demselben Maße wie beim männlichen Geschlecht; nach dem 65. Lebensjahre nähern sich Stadt und Land dagegen wieder bei beiden Geschlechtern. Diese Unterschiede werden zum großen Teil durch die höhere Sterblichkeit des weiblichen Geschlechts an Tuberkulose auf dem Lande im Alter von 15—35 Jahren bedingt, eine Erscheinung, die auch anderwärts getroffen wird. Es starben in England 1897—1901 auf 10000 Lebende an Lungenschwindsucht

Altersklassen	Männliches Geschlecht Urban counties	Rural counties	Weibliches Geschlecht Urban counties	Rural counties
0— 5 Jahre	4,5	2,9	3,8	2,5
5—15 „	1,8	1,5	3,2	3,2
15—25 „	12,7	14,3	12,0	15,9
25—35 „	22,7	21,9	17,1	19,1
35—45 „	34,7	20,3	21,9	16,1
45—55 „	38,2	20,6	17,3	12,4
55—65 „	31,4	17,9	12,8	11,0
über 65 „	16,6	10,2	7,5	6,4

Man sieht, wie bedeutend die städtische Tuberkulosesterblichkeit beim männlichen Geschlecht im Alter von 35—55 Jahren die auf dem Lande überragt: man muß dabei allerdings in Betracht ziehen, daß die Urban counties zugleich die Industriezentren von England darstellen: beim weiblichen Geschlecht sind auch in diesem Alter die Unterschiede nicht so bedeutend und im Alter von 15—25 Jahren trifft man sogar ein Überwiegen der weiblichen Tuberkulosesterblichkeit auf dem Lande. Dasselbe ist in anderen Staaten (auch in Deutschland) noch in weiteren Altersklassen der Fall. Beim männlichen Geschlecht hat nur das Alter von 15—25 Jahren in den Städten kleinere Ziffern als auf dem Lande; eine Erscheinung, die in Deutschland beim Alter von 20—25 Jahren getroffen wird. Hier wird sie damit erklärt, daß die Dienstpflicht eine große Anzahl ausgesucht gesunder Leute in den Städten vereinigt. Für England wird man annehmen müssen, daß diese günstige Tuberkulosesterblichkeit im Alter von 15—25 Jahren in den Städten daher rührt, daß hauptsächlich kräftige Leute aus den ländlichen Grafschaften in die städtischen wandern, bei welchen erst nach mehrjährigem Aufenthalt sich die schädlichen Einwirkungen der Industrie und des Städtelebens geltend machen.

Auch für Typhus und Krebs werden die Ziffern für städtische und ländliche Grafschaften mitgeteilt. Auf 10000 Lebende kamen 1897—1901 Sterbefälle an Abdominaltyphus (Enteric fever):

Alter	Männliches Geschlecht		Weibliches Geschlecht		Beide Geschlechter		
	Urb. c.	Rur. c.	Urb. c.	Rur. c.	Urb. c.	Rur. c.	Ganz England
0— 5 Jahre	0.9	0.3	0.8	0.4	0.8	0.3	0.7
5—15 „	1.4	0.8	1.6	1.0	1.5	0.9	1.3
15—25 „	3.7	1.9	2.3	1.5	3.0	1.7	2.6
25—35 „	3.6	2.0	2.1	1.2	2.8	1.6	2.5
35—45 „	2.8	1.5	1.8	1.2	2.3	1.4	2.0
45—55 „	2.1	1.2	1.5	0.8	1.8	1.0	1.5
55—65 „	1.5	0.8	1.0	0.7	1.3	0.7	1.1
über 65 „	0.7	0.4	0.4	0.3	0.5	0.3	0.5
zusammen	2.4	1.2	1.7	1.0	2.0	1.1	1.7

Die Tabelle lehrt, daß der Typhus in den ländlichen Distrikten in allen Altersklassen weniger Todesfälle verursacht als in den städtischen. Die Verhältnisziffern für die ganze Bevölkerung werden bei Berechnung der korrigierten Sterbeziffern kaum verändert.

Da die Frage, ob der Krebs in den Städten häufiger ist als auf dem Lande, immer noch nicht endgültig erledigt ist, so muß es von besonderem Interesse sein, zu erfahren, welche Antwort die englische Statistik hierauf gibt. Es ist oben bemerkt, daß die Erhebung der Todesursachen auch in den ländlichen Distrikten sehr gut geregelt ist: ob jedoch die Feststellung des Krebses in ihnen ebenso leicht gelingt wie in den städtischen, ist nicht ganz sicher. In den Städten ist eine längere und genauere Beobachtung der Kranken möglich, auch ist Krankenhausbehandlung, die eine solche an sich mit sich bringt, viel häufiger: die Vornahme von Sektionen, die ja nicht so selten erst das Vorhandensein eines Karzinoms aufdecken, ist auf dem Lande nicht selten mit solchen Schwierigkeiten verknüpft, daß der Arzt sie unterläßt, wenn er noch so sehr vom Wunsch beseelt ist, sich über einen zweifelhaften Fall Gewißheit zu verschaffen. In England kamen 1897—1901 auf 10000 Lebende Sterbefälle an maligner Neubildung

Alter	Männliches Geschlecht Urban c.	Rural c.	Weibliches Geschlecht Urban c.	Rural c.	Beide Geschlechter Urb. c.	Rur. c.	Ganz Engl.
35—45 Jahre	4,4	3,6	9,6	7,7	7,1	5,8	6,5
45—55 „	15,1	12,4	26,0	20,3	20,7	16,5	19,1
55—65 „	37,5	32,6	44,9	40,7	41,4	36,9	39,4
65—75 „	59,6	59,5	63,2	62,6	61,6	61,2	61,4
über 75 „	62,7	68,6	70,3	67,0	67,3	67,7	69,2
Ganze Bevölkerung über 35 J.	19,7	23,0	28,3	29,4	24,2	26,4	24,7

Die geringen Unterschiede, die sich hier zwischen Stadt und Land geltend machen, können leicht auf die genauere Diagnosenstellung in den Städten zurückgeführt werden. Werden für die ganze Bevölkerung über 35 Jahre korrigierte Raten berechnet, so erhält man folgende Werte

	Urban counties	Rural counties
männliches Geschlecht	21,2	19,4
weibliches Geschlecht	29,5	26,2
zusammen	25,6	23,0

Auch über die Kindersterblichkeit in Stadt und Land bringt der Bericht ausführliche Angaben. Bekanntlich ist in Preußen zumeist die Kindersterblichkeit in den Städten größer als auf dem Lande; in Süddeutschland, im Königreich Sachsen, in vielen Teilen Mitteldeutschlands, in Österreich-Ungarn ist sie dagegen in den Städten kleiner; die Ursache liegt hauptsächlich in der verschiedenen Art der Ernährung. Wo die Kinder gestillt werden, sind sie auf dem Lande besser daran, da die Mutter hier weniger Abhaltungen hat, dem Kinde die Brust zu reichen; in Gegenden, wo die Kinder meist künstlich ernährt werden, da sind heute die Städte durch kleinere Ziffern der Kindersterblichkeit bevorzugt, weil die städtische Bevölkerung viel eher zu einer rationellen Ernährung mit der Flasche anzuhalten ist als die ländliche. Da in Großbritannien und Irland das Stillen der Säuglinge allgemein üblich ist, so ist die Kindersterblichkeit hier in den Städten größer als auf dem Lande; eine Unterscheidung in eheliche und uneheliche Kinder, die zur klaren Darlegung der Verhältnisse nötig wäre, ist in der englischen Statistik nicht vorgenommen. Es kamen in England 1897—1901 auf 1000 Lebendgeborene Sterbefälle im ersten Lebensjahre

	Knaben Urb. c.	Rur. c.	Mädchen Urb. c.	Rur. c.	Beide Geschlechter Urb. c.	Rur. c.	Ganz Engl.
Masern	4	2	3	2	4	2	3
Keuchhusten	5	5	6	6	6	6	5
Magen- u. Darmkatarrh	43	22	39	18	41	20	36
Tuberkulose	9	5	7	4	8	5	7
Meningitis, Krämpfe	24	21	19	16	21	18	20
Pneumonie	13	9	10	7	12	8	10
Bronchitis	17	13	14	10	15	12	14
Angeb. Lebensschwäche	50	48	41	38	45	43	45
Alle Sterbefälle	186	142	155	113	170	128	157

Man sieht, daß die höhere Sterblichkeit der Säuglinge in den Städten zum großen Teil durch Darmkatarrhe bedingt wird. Für das Alter von 0—5 Jahren gibt die englische Statistik die folgenden auf 1000 Lebende berechneten Verhältniszahlen:

	Knaben		Mädchen		Beide Geschlechter		
	Urb. c.	Rur. c.	Urb. c.	Rur. c.	Urb. c.	Rur. c.	Ganz Engl.
Masern	3,9	1,4	3,6	1,3	3,7	1,4	2,9
Scharlach	0,9	0,3	0,9	0,3	0,9	0,3	0,7
Keuchhusten	2,8	2,2	3,4	2,5	3,1	2,3	2,8
Diphtherie und Croup	2,0	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0	1,6
Magen- u. Darmkatarrh	13,7	6,1	12,0	4,8	12,8	5,5	10,7
Tuberkulose	4,5	2,5	3,7	2,0	4,1	2,3	3,6
Meningitis, Krämpfe	7,9	5,9	6,1	4,4	7,0	5,2	6,2
Pneumonie	6,8	3,8	5,6	2,9	6,2	3,4	5,1
Bronchitis	6,2	4,3	5,2	3,6	5,7	4,0	5,2
Alle Sterbefälle	70,8	45,4	60,0	36,7	65,4	41,0	57,0

Sämtliche Infektionskrankheiten werden danach in England in den Städten viel häufiger zur Todesursache als auf dem Lande; am größten ist der Unterschied bei Scharlach und Masern.

2. Tuberkulose bei den Verwitweten.

W. Weinberg hat diese bisher wenig bekannten Verhältnisse für Stuttgart genau untersucht (Tuberkulose und Familienstand, Centralbl. f. allg. Ges., Bd. 25 S. 85). Nach ihm starben 1873—1902 auf 10000 Lebende in Stuttgart an Tuberkulose

Alter	Männer			Frauen		
	ledig	verh.	verh. gewesen	ledig	verh.	verh. gewesen
20—24 Jahre	22,5	19,8	—	15,4	24,7	57,5
25—29 „	36,2	36,1	37,3	18,8	29,1	64,6
30—39 „	76,0	42,6	182,9	21,1	28,7	43,3
40—49 „	101,5	56,5	142,2	15,1	22,4	33,6
50—59 „	80,2	37,3	162,9	17,0	17,8	28,4
60—69 „	64,0	52,1	35,4	13,7	13,3	18,8
70 u. mehr Jahre	56,1	15,8	28,8	20,8	9,5	10,0

Es besteht demnach eine ganz bedeutende Übersterblichkeit an Tuberkulose bei den Witwern; Weinberg führt diese darauf zurück, daß die Witwer sehr bald nach dem Tode der Frau wiederheiraten, wobei eine sehr starke Auslese gesundheitlich Minderwertiger stattfinde (von 488 überlebenden Ehemännern lungenschwindsüchtiger Frauen, die 1873—82 starben, hatten bis 1904 365 [= 75 %] sich wiederverehelicht). Auch die Witwen haben eine beträchtliche Übersterblichkeit an Tuberkulose, bei ihnen fällt diese Auslese viel weniger stark ins Gewicht, denn von 845 Witwen Lungenschwindsüchtiger gelangten nur 226 (= 27 %) zur Wiederverheiratung. In einer anderen Veröffentlichung beabsichtigt Weinberg den statistischen Nachweis erbringen, daß die Ehefrauen Schwindsüchtiger in allen Bevölkerungsschichten eine Übersterblichkeit haben (s. Weinberg, Die Tuberkulose in Stuttgart 1873—1902, Württ. med. Corr.-Bl. 1906).

3. Morbidität der Bergleute in Österreich.

Die Ergebnisse der Krankheits-, Mortalitäts- und Invaliditätsstatistik der österreichischen Bergwerksbruderladen werden alljährlich im Statistischen Jahrbuch des K. K. Ackerbauministeriums mitgeteilt, die letzte Veröffentlichung bezieht sich auf das Jahr 1902 (Wien 1905). Die durchschnittliche Mitgliederzahl dieses

Jahres war 170864 (davon 8010 weiblichen Geschlechts). Die Morbiditätsziffern der Jahre 1894—1902 waren (ohne die Entbindungen)

	Auf 100 Mitglieder Erkrankte	Auf 1 Mitglied Krankentage[1])	Durchschnittliche Dauer eines Erkrankungsfalles
1894—96	80,0	10,71	13,3
1897—99	79,0	10,77	13,6
1900—02	78,4	10,76	13,7

Die Erkrankungen und Sterbefälle werden für einzelne Lebensjahre mitgeteilt, dabei ist eine Trennung nach Betriebsgattungen vorgenommen. In der folgenden Tabelle sind die Ziffern nach 10jährigen Altersklassen für 1902 berechnet, leider sind jedoch die Mitgliederzahlen nicht genau zu bestimmen, da diese Trennung nach Altersklassen nur für die Anfangs- und Endbestände stattfindet. Die Gesamtmitgliederzahl am Ende des Jahres entspricht mehr dem aus den monatlichen Ziffern ermittelten Durchschnitt und wurde daher gewählt; bei einigen Altersklassen (*) wurde das Mittel aus den beiden Erhebungen zugrunde gelegt. Es waren die Zahlen bei den männlichen Mitgliedern

Altersklassen	Zahl der Mitglieder		Auf 100 Mitglieder Erkrankungen		Auf 1 Mitglied Krankheitstage	
	Steinkohlen	Braunkohlen	Steinkohlen	Braunkohlen	Steinkohlen	Braunkohlen
16—20 Jahre	9 296	7 626*	77,5	73,9	8,5	7,9
20—30 „	20 070	20 451	76,4	83,1	9,0	9,7
30—40 „	14 127	14 933	69,6	77,9	9,3	10,5
40—50 „	6 721	8 447	68,8	83,5	11,7	13,4
50—60 „	2 658	4 126*	70,0	87,9	16,4	20,1
60—70 „	596	906*	78,8	95,2	26,5	26,5

Die Art der Erkrankung ist in sehr ausführlicher Weise mitgeteilt, dabei werden Gruben- und Tagarbeiter unterschieden. Mit Beziehung auf je 100 Mitglieder am 31. Dezember 1902 erhält man die folgende Tabelle:

Art der Erkrankung	Steinkohlenbergbau Grubenarbeiter	Steinkohlenbergbau Tagarbeiter	Braunkohlenbergbau Grubenarbeiter	Braunkohlenbergbau Tagarbeiter	Hüttenwerke
Lungenentzündung	0,7	0,7	0,6	0,7	1,0
Tuberkulose	1,2	1,5	0,7	0,6	1,0
Malaria	1,1	0,9	1,5	0,5	0,3
Akuter Rheumatismus	6,3	7,1	10,4	9,3	7,0
Chronischer Rheumatismus	3,2	2,6	2,6	2,9	1,1
Augenkrankheiten	2,2	1,4	3,7	2,8	1,6
Akute Bronchitis	5,6	4,4	9,4	9,4	6,2
Chronische Bronchitis	1,8	1,3	1,2	1,3	1,1
Rippentellentzündung	1,0	0,9	0,3	0,4	0,6
Organische Herzleiden	0,2	0,3	0,2	0,3	0,4
Erkr. d. Verdauungsorgane	12,4	11,0	12,8	12,8	11,6
Krankheiten der Haut	3,3	3,0	1,9	2,2	1,9
Verletzungen	13,7	10,1	18,9	13,1	13,9
Erkrankungen überhaupt	71,6	62,9	83,3	74,7	62,9

[1]) Mit Einschluß der Entbindungen.

Am ungünstigsten stellen sich demnach die Braunkohlenbergleute. Sehr groß sind bei diesen die Erkrankungsziffern an akutem Rheumatismus (in welchen offenbar der akute Gelenkrheumatismus mit einbezogen ist) und an akuter Bronchitis. Daß die Grubenarbeiter höhere Morbiditätsziffern haben als die Tagarbeiter, ist begreiflich, besonders zeichnen sie sich durch zahlreiche Augenerkrankungen und durch Verletzungen aus.

F. Prinzing.

5. Aus der Versicherungsmedizin.

Die Interessengemeinschaft zwischen Versicherungswissenschaft und Medizin wie Hygiene ist in den letzten Jahren gebührend gewürdigt: die Lebensversicherung bedarf zur Wahrung ihrer wissenschaftlichen und praktischen Interessen ebenso sehr der Mitwirkung der Ärzte, wie ihr reiches Tatsachenmaterial Aussicht auf die Aufklärung wichtiger pathogenetischer und hygienischer Probleme gewährt. Dieser Interessengemeinschaft dient die Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, herausgegeben vom Deutschen Verein für V.W. und redigiert von dessen Generalsekretär Herrn Dr. A. Manes. Sie bringt in ihren regelmäßigen und außerordentlichen Veröffentlichungen wichtige Beiträge zur Sozialen Medizin aus denen einiges in den folgenden Zeilen wiedergegeben werden soll.

Gollmer, Die Todesursachen bei den Versicherten der Gothaer Lebensversicherungsbank auf Grund der Beobachtungen von 1829—1896 (1906. H. 9).

Die Untersuchung ist nicht nur wegen des großen Materials und des erheblichen Zeitraums von Interesse, sondern auch weil sie das Verhalten der Sterblichkeit der besser situierten Bevökerungsklassen gegenüber der Gesamtbevölkerung zu vergleichen gestattet. Unter Berücksichtigung der durch wechselnde Diagnosen und gebesserte Auslese bedingten Fehlerquellen kommt G. zu dem Ergebnis, daß die Sterblichkeit an akuten Infektionskrankheiten, besonders an typhösen Krankheiten, beträchtlich abgenommen hat: diese Abnahme erfährt nur in der letzten Geschäftsperiode durch die Influenza eine Unterbrechung. Die Sterblichkeit an Tuberkulose, die mit 28,2 Proz. an den Sterbefällen beteiligt ist, beginnt erst seit 1881 abzunehmen; sie ist zum Teil eine Folge besserer Auslese, zum Teil die Folge der Hebung des wirtschaftlichen Niveaus, auch wohl der Fortschritte der Therapie, nicht aber der Aufnahme des Kampfes gegen den Tuberkelbazillus, da sie früher einsetzte. Die Sterblichkeit in der Gruppe der Organerkrankungen und bösartigen Geschwülste ist unverändert geblieben: „der Krebs hat nicht als Krankheit, sondern nur als Diagnose zugenommen". Dagegen macht sich von Geschäftsperiode zu Geschäftsperiode eine Zunahme der Sterblichkeit an Gefäßerkrankungen und konstitutionellen Krankheiten (Arteriosklerose, Nephritis, Diabetes, Apoplexie etc.) bemerkbar. Selbst bei Berücksichtigung des Einflusses besserer Diagnosen ist in dieser Zunahme die Einwirkung des neuzeitlichen Berufs- und Gesellschaftslebens auf die betroffenen Klassen zu erblicken. Bei der Betrachtung der Gesamtbevölkerung tritt diese an sich nicht unbekannte Erscheinung wegen des großen Anteils der unteren Klassen nicht so scharf hervor.

Diese Zunahme der Sterblichkeit an Krankheiten des Gefäßsystems fehlt bei den versicherten Frauen, welche ferner insgesamt ebenfalls eine Abnahme der Sterblichkeit an Tuberkulose und Infektionskrankheiten zeigen, dagegen in den Altersklassen 15—45 eine ganz beträchtliche Übersterblichkeit aufweisen (Tuber-

kulose und Wochenbett). Durch die Geburtspflichten sind die Frauen in jüngeren Jahren entschieden gegenüber der Tuberkulose erheblich hinfälliger.

Weber, Die Lebensdauer der Geisteskranken (Bd. IV, H. 3)

Die bisherige Angabe, daß die Mortalität der Geisteskranken fünfmal so groß sei als die der Normalsinnigen, ist zu allgemein gehalten. Es bedarf der Berücksichtigung der einzelnen Krankheitsformen. — Idioten, bei denen neben hochgradigem Blödsinn auch körperliche Ausfallserscheinungen vorhanden sind, erliegen gewöhnlich nach kürzerer Krankheitsdauer ihren Leiden. Die übrigen Formen können, zumal bei günstigen äußeren Bedingungen, eine sehr lange Lebensdauer haben. — Die auf angeborener Anlage in den ersten drei Lebensjahrzehnten auftretende echte genuine Epilepsie ist eine in hohem Grade lebensverkürzende, meist vor dem 50. Lebensjahre zum Tode führende Erkrankung. — Erbliche Belastung allein verkürzt nicht die Lebensdauer, bestehende Degeneration nur insoweit, als sie anderen lebensverkürzenden Schädlichkeiten (Lues, Alkohol, Tuberkulose) leichter zugänglich ist. Von erworbenen Psychosen ist die wichtigste die progressive Paralyse, bei der, sobald die Diagnose einwandsfrei gestellt ist, die Lebensdauer sich mit großer Wahrscheinlichkeit auf 2 bis höchstens 5 Jahre beschränkt. Die übrigen Geisteskrankheiten lassen im allgemeinen an sich kein einheitliches Urteil zu, mit Ausnahme etwa der syphilitischen Gehirnerkrankungen und der präsenilen Gehirnatrophie (Disposition zu anderen Krankheiten und zu Selbstmord). — Alkoholische Geistesstörungen, sowohl die transitorischen wie die chronischen, sind Zeichen weitgehender dauernder Schädigung des Organismus, die geeignet ist, die Lebensdauer erheblich zu verkürzen.

Blaschko, Lebensversicherung und Syphilis (IV, 1).

Die Arbeit von B. bringt überwiegend medizinisch-klinische Gesichtspunkte über die Bedeutung der venerischen Krankheiten für die Lebensversicherung bei, aus denen B. Folgerungen über das Verhalten des Vertrauensarztes betreffend die Aufnahmefähigkeit des Erkrankten ableitet. Nach B. sind die venerischen Krankheiten so verbreitet, daß in der Großstadt von jungen Männern zwischen 20 und 30 Jahren alljährlich 20 Proz. an Gonorrhoe, 2,4 Proz. an Syphilis erkranken, während eines 10jährigen Cölibates also 100—200 Proz. an Gonorrhoe (jedes 1—2mal), 20 Proz. an frischer Syphilis. Die Gonorrhoe gefährdet das Leben der höheren Altersklassen durch Prostatitis, Strikturen, die Syphilis durch ihre Tertiärerscheinungen, über deren Häufigkeit wechselnde Angaben vorliegen, zu denen aber auch Tabes, Paralyse und Aneurysma gehören, denen 11,2 Proz. aller Syphilitiker erliegen. Die Prognose der Syphilis quoad vitam hängt übrigens mindestens so sehr als von der Krankheit noch von sonstigen körperlichen und sozialen Begleitfaktoren des Einzelfalles ab.

Andrae, Die Sterblichkeit in den Berufen, die sich mit der Herstellung und dem Verkauf geistiger Getränke befassen (Bd. V H. 3).

(Nach den Erfahrungen der Gothaer Lebensversicherungsbank.)

Im Durchschnitt sämtlicher Versicherungsjahre und Lebensalter ergibt sich folgender Prozentsatz zwischen wirklicher und erwartungsmäßiger Sterblichkeit (= 100) bei

	Proz.
Hoteliers usw.	131
Gastwirte	147
Schankwirte, Restaurateure	155

	Proz.
Brauereibesitzer	141
Brauereibedienstete	162
Brenner	121
Weinhändler, Weinbergsbesitzer	104
Weinküfer, Kellermeister	144

Nach Lebensalter und Versicherungsdauer treten große Schwankungen ein. Für die ersten 5 Versicherungsjahre sind die Zahlen erheblich niedriger. Auch nach der Art der Beschäftigung in den einzelnen Gruppen ergeben sich deutliche Unterschiede, so stehen am vorteilhaftesten diejenigen Personen, wie Besitzer und Oberkellner da, die weniger in den Gastzimmern beschäftigt sind, am ungünstigsten die mit dem Ausschank direkt befaßten Menschen, die sich am meisten in den schlecht gelüfteten, mit alkoholischen Dünsten und Rauch angefüllten Räumen aufhalten.

6. Prognostische Bedeutung der familiären und körperlichen Belastung bei der Lungenphthise.

Ueber den Einfluß der familiären[1]) und der körperlichen Belastung bei Lungentuberkulose auf den Verlauf und die Herstellung der Erwerbsfähigkeit haben die Beobachtungen der Heilstätten, namentlich der hanseatischen, stets ergeben, daß die familiäre Belastung prognostisch keinen Unterschied ergibt, daß aber bei körperlicher Belastung solche hervortreten. Auch der neueste Bericht der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte über die Ergebnisse des Heilverfahrens bei lungenkranken Versicherten des Jahres 1904 ergibt wieder das gleiche Resultat:

Erwerbsfähigkeit	Erbliche Belastung Proz.	Körperliche Veranlagung Proz.	Erbliche und körperliche Belastung Proz.	Weder erbliche noch körperliche Belastung Proz.
I	14,20	8,40	10,05	14,21
II	60,35	59,97	56,96	61,83
III	18,55	22,06	23,97	16,78
IV	6,72	9,47	9,02	7,09
Während der Kur verstorben	0,18	0,10	—	0,09

A. Gottstein.

Bücheranzeigen.

Vogl, A. v., Die wehrpflichtige Jugend Bayerns. München. Lehmann. 96 S. 1905.

Unter den im letzten Jahre erschienenen Studien, welche das Problem der Wehrkraft und Wehrfähigkeit Deutschlands behandeln, hat besonders die Arbeit von Generalstabsarzt z. D. Dr. A. v. Vogl, dem langjährigen Leiter des militärischen Sanitätswesens in Bayern, „Die wehrpflichtige Jugend Bayerns“ betitelt, allge-

[1]) Die Bezeichnung als familiäre Belastung ist wohl besser als die der erblichen, da sie beide Momente, die Infektion durch erkrankte Familienmitglieder und die Vererbung minderwertiger Konstitution, zusammenfaßt.

meine Beachtung gefunden. In dem ersten der drei Teile werden die Aushebungsresultate in den Ersatzjahren 1896 und 1902 sowie die Beteiligung der Stadt- und Landbevölkerung — stets unter Berücksichtigung der Wehrkraft und Wehrfähigkeit — erörtert: der folgende Abschnitt beschäftigt sich u. a. mit der Dichte der Wehrkraft = Wehrmacht, mit der Bevölkerungsbewegung, Kindersterblichkeit, Tuberkulose, mit der Geographie der Wehrfähigkeit, Körpergröße der Wehrpflichtigen, ferner mit den Folgerungen aus den Ergebnissen für die Aufgabe der Zukunft. Der letzte Teil endlich geht auf die Forderung der Gegenwart ein, „die sich weniger auf Verstärkung der Heere als auf ihre Verbesserung“ zu richten hat, wobei nicht zuletzt an die Erhöhung des physischen Wertes der männlichen Jugend gedacht wird, vor allem durch körperliche Jugenderziehung: Schulturnen, Spiele, Marschübungen, Radfahren usw. Verfasser stellt die sehr berechtigte Forderung: „Es darf kein Tag ohne körperliche Übung vergehen.“ Er beruft sich da auf die ungeteilte Anschauung der Hygieniker, welche „jeden Tag der Schulwoche eine Stunde körperlicher Übung“ als Minimal- und bei voller Ausnützung auch als Maximalforderung aufstellen.

Nur die Ergebnisse aus den beiden ersten Teilen, soweit sie allgemeines Interesse beanspruchen dürfen, seien hier einer weiteren Würdigung unterzogen. Was die Bevölkerungsverschiebung anbetrifft, sagt v. Vogl: „Die ganze Verschiebung ist zwischen dem ‚Land‘ und den ‚größeren Städten‘ vor sich gegangen“.

Auch in meinen Erhebungen, die sich auf Nordwestdeutschland, Sachsen und Berlin erstrecken,[1]) scheinen die a. a. O. auf S. 32 angeführten Zahlen auf ein Abströmen der Landbevölkerung direkt zur Großstadt hinzuweisen. Ferner stimme ich mit Vogl darin überein, daß die Abwanderung vom Lande in die Städte zum großen Teil nach der Lehrzeit, ja in Bayern vielleicht auch erst oft nach vollendetem aktiven Wehrdienst stattfindet. Die Folge wird sein, daß der Altersaufbau in den Städten sich zugunsten der wehrpflichtigen Altersklassen verschieben wird.

Fragen wir nun, ob die durch die nationalen Wanderungen verursachten Wandlungen der Volksgebürtigkeit — von überwiegend Landgeborenen zu überwiegend Stadtgeborenen — die Wehrkraft des Deutschen Reiches gefährden.

Für Bayern ist das Tempo dieser Verschiebungen nicht sehr bedeutend. Die Landbevölkerung hat vom Jahre 1880 bis 1900 um 11,8 Proz. ab-, die Bevölkerung der Groß- und Mittelstädte in diesem Zeitraum um 11,1 Proz. zugenommen. dabei sei gleich hier bemerkt, daß Bayern kein Industriestaat ist. „Wir haben, sagt Vogl, nicht einmal einen ‚überwiegend industriellen‘ Kreis, denn selbst die industriereichste Pfalz weist nur 42,0 Proz. Industrie und Gewerbe auf.“ — Und wie ist es mit der Zahl der Groß- und Mittelstädte? — 1890, als z. B. die 1902 zur Abfertigung gelangten Mannschaften etwa 8 bis 9 Jahre alt waren, sich also in der Hauptentwicklungsepoche befanden, gab es in Bayern erst 10 Mittel- und 2 Großstädte, dagegen 155 Land- und 43 Kleinstädte: von der rund 5,6 Millionen betragenden Bevölkerung wohnten noch ca. 3,85 Millionen auf dem platten Lande, 420000 in Klein- und ca. 450000 in Landstädten; auf die Groß- und Mittelstädte zusammen entfielen nur 880000 Einwohner![2]) Auch Vogl betont, daß die Umgestaltung im Ansiedelungswesen

[1]) Die Wehrfähigkeit zweier Generationen mit Rücksicht auf Herkunft und Beruf. Berlin, Druck und Verlag von Georg Reimer. 1905.

[2]) Vgl. Statistik d. Deutschen Reiches, Bd. 68, S. 22.

in Bayern nicht nur zeitlich weniger lebhaft vor sich gegangen ist wie im übrigen Deutschland, sondern auch örtlich sehr beschränkt war und die Wehrkraft nicht berührt hat. „Bayern hat seine größte Wehrkraft im ‚ländlichen‘, das übrige Deutschland im städtischen Gewerbe, Industrie etc.“, aber, heißt es a. a. O., „wie die Industrie der Landwirtschaft, so ist die Landbevölkerung der städtischen mit der Zahl der Wehrpflichtigen und Ausgehobenen also an Wehrkraft überlegen.

Der Verfasser legt damit auch den Schwerpunkt auf das Milieu, in welchem der Gestellungspflichtige heranwächst. Die Zahlen meiner Erhebungen ergeben sogar ganz typische Bilder und zeigen, daß die Herkunft von fundamentaler Bedeutung für unser Problem ist. Von den Vätern der Gestellungspflichtigen haben in allen Gebieten zusammengenommen

Größe der Geburtsorte	Gedient		Nicht gedient	
	abs. Zahl	%	abs. Zahl	%
Bis 5000 Einw. (plattes Land und Landstädte)	464	46,6	531	53,4
5000—100000 Einwohner (Klein- und Mittelstädte)	276	41,8	384	58,2
100000 und mehr Einwohner (Großstädte)	111	38,9	174	61,1

Von den Söhnen, der zweiten Generation, haben in allen Gebieten zusammengenommen

Größe der Geburtsorte	Gedient		Nicht gedient	
	abs. Zahl	%	abs. Zahl	%
Bis 5000 Einwohner (plattes Land und Landstädte)	188	37,2	317	62,8
5000—100000 Einwohner (Klein- und Mittelstädte)	167	33,0	339	67,0
100000 und mehr Einwohner (Großstädte)	282	30,3	648	69,7

Bei beiden Generationen zeigt sich also ein staffelförmiges Sinken der Tauglichkeit mit der steigenden Größe der Geburtsorte.

Des weiteren hebt der Verfasser hervor, daß die Wehrfähigkeit auf dem Lande eine physische Überlegenheit der „Landwirtschaft“ im Deutschen Reiche und der „Nichtlandwirtschaft“ in Bayern aufweist; was also für dieses Land im besonderen gilt, hat durchaus nicht für das übrige Deutschland Geltung, besonders nicht für Norddeutschland.[1])

Auch für Bayern gilt Serings Behauptung, daß die Landbevölkerung nach wie vor die Hauptquelle der physischen Kraft der Nation bildet; dieser Ansicht tritt Vogl in der Auffassung bei, daß das Land, aber nicht die Landwirtschaft die meisten und tüchtigsten Rekruten liefert und daß dadurch eine Schwächung der Wehrkraft und Wehrfähigkeit durch Abnahme der Land- und Zunahme der

[1]) Auf die in Nr. 50 Jahrgang 22 der „Nation“ und in der „Patria“, Jahrbuch der Hilfe 1906, von Brentano gegen mich gerichteten Angriffe werde ich demnächst besonders antworten. Was die bayerischen Verhältnisse betrifft, so habe ich mich in der „Neuen Badischen Landeszeitung“ vom 1., 2. und 3. November 1905 eingehend darüber geäußert, hier aber das Wesentlichste nochmals wiederholt.

Stadtbevölkerung um so mehr zu befürchten ist, je rascher und eingreifender das Verhältnis zwischen Stadt und Land sich zuungunsten des letzteren verschiebt.

Daß diese Wandlungen in Bayern — im Gegensatz zu Norddeutschland — sich sehr langsam vollziehen, ist bereits als günstiges Moment für dieses Land hervorgehoben worden.

Was die Bedeutung des beruflichen Einflusses derselben Generation auf die Tauglichkeit betrifft, so hat v. Vogl ebenso gewichtige Bedenken wie Elben und ich gegen dieselbe. Auch er glaubt nicht, daß eine gewerbliche Berufstätigkeit in den wenigen Jahren vor Antritt der Militärpflicht schon so wesentlich einzugreifen vermag, um die Tauglichkeit aufzuheben. „Die Gefahr des Berufs für die Wehrpflichtigen wird ebenso wie diejenige des Alkoholismus, der Lues und der Tuberkulose viel mehr von den Eltern vermittelt und die Schädigung der Kinder selbst ist dann meist oder häufig nicht mehr als das zu erkennen, was sie als Krankheit der Eltern dargestellt hat." Der Wehrpflichtige ist von der Geburt ab mannigfachen Gefahren ausgesetzt. Deshalb kann man auch die Untauglichkeit höchstens mit Vermutung auf eine Schädigung bzw. Infektion in den gewerblichen Betrieben in Beziehung bringen.

Sicher ist, daß die Berufswahl oft nach der körperlichen Veranlagung neben anderen Faktoren: Neigung, Geschicklichkeit usw. erfolgen wird und daß die relative Wehrfähigkeit der Gestellungspflichtigen u. a. als Wertmesser der physischen Inanspruchnahme heterogener Berufsarten dienen kann. Vogl meint nicht mit Unrecht, daß die Berufswahl recht oft weniger von der körperlichen Tüchtigkeit bestimmt ist, als von der Örtlichkeit und die daran gebundene Erwerbsart: „Da wo Bergbau ist, fährt der Sohn des Bergmanns wieder in den Schacht, das Kind des Glasbläsers im bayerischen Walde ist wieder für die Glashütte bestimmt, ob kräftig oder schwächlich."

Ein Einfluß der Berufstätigkeit des Vaters auf die Tauglichkeit des Sohnes dürfte vielleicht nachzuweisen sein, wenn man nicht nur wie 1902 in Bayern „landwirtschaftlich beschäftigte" und „anderweitig beschäftigte" Eltern unterscheidet, sondern auf einzelne typische Gewerbearten zurückgreift und hier monographische Studien anstellt. — Vogl faßt dann die Ergebnisse in dem Satz zusammen: je mehr die Bedeutung des Berufs, bestimmter ausgedrückt, die Befürchtung einer Schädigung der Wehrfähigkeit durch Industrialisierung zurücktritt, desto mehr tritt die Bedeutung der Wohnweise und das Bedenken gegen die Städte, Vergrößerung bzw. Vermehrung in den Vordergrund. Den ersten Teil dieses Satzes in obiger Fassung möchte ich nicht unterschreiben. Nur die Bedeutung des Berufs derselben Generation tritt für unsere Frage zurück, damit kann aber durchaus nicht die Befürchtung einer Schädigung der Wehrfähigkeit durch Industrialisierung ganz allgemein als unberechtigt zurückgewiesen werden. Gerade in letzter Zeit sind auch bekanntlich wieder erneute Klagen aus dem westfälischen Industriegebiet über die geringe Militärtauglichkeit an die Öffentlichkeit gelangt. — Eine schon wiederholt geforderte gesondert detaillierte Berufsstatistik der Väter der Rekruten dürfte wohl geeignet sein, zur Klärung des Problems nicht unwesentlich beizutragen. Dem zweiten Teile des Satzes: der Bedeutung der Wohnweise und der Bedenken gegen die städtische Agglomeration ist bereits durch die wiedergegebenen Zahlenreihen zugestimmt worden.

Vogl bezeichnet die Wehrkraft im Verhältnis zur Größe des Landes als die Dichte der Wehrkraft = Wehrmacht analog der Bevölkerungsdichte. Bayern ist einer der schwächstbevölkerten Staaten Deutschlands. 1901 trafen auf einen

qkm Bodenfläche in Bayern: 81,4 Einwohner — 0,77 Wehrpflichtige — 0,42 Ausgehobene, gegen 108,0 Einwohner, 0,98 Wehrpflichtige und 0,57 Ausgehobene im Deutschen Reiche. Bei Besprechung der Kindersterblichkeit hebt Vogl hervor, daß die Unterlassung der Brusternährung als erste und wichtigste Ursache der viel höheren Kindersterblichkeit z. B. in Altbayern gegenüber Franken erachtet werden muß. Für München ist nachgewiesen, daß von den nicht oder unvollkommen gestillten 14mal mehr starben als von den von der Mutter selbst genährten Neugeborenen. „Die Kindersterblichkeit nagt tief an unserer Wehrkraft und wenn die Gefahren der fehlerhaften Ernährung und Pflege bei den Neugeborenen beseitigt oder doch gemindert sein werden, so wird die Zahl derer erhöht, welche das wehrpflichtige Alter erleben, dies ist aber die Wehrkraft.“ „Die richtige Kinderernährung“, sagt Vogl, „mit vollem Recht, wird aber Tausende zu voller Gesundheit und Kraft entwickeln und dadurch noch mehr als die Wehrkraft, die Wehrfähigkeit, die Zahl der Tauglichen, steigern.“

Noch ein Wort über die Aufgaben der Zukunft, welche im letzten Abschnitt des zweiten Teiles angedeutet werden. Dem territorialen Einfluß kommt bei einer Rekrutierungs- und Wehrkraftstatistik nach Vogl eine fundamentale Bedeutung zu, m. E. aber auch einer gleichzeitigen Scheidung nach Größe der Herkunftsorte, welcher Verfasser weniger Gewicht beizulegen scheint. Daß „Vater und Sohn meist auf demselben Boden geboren und aufgewachsen“, trifft wohl für Bayern und Württemberg mit seinen relativ geringen Binnenwanderungen zu dürfte aber — wie bereits angedeutet — keinesfalls für andere deutsche Gebiete Geltung haben.

Sehr beachtenswert sind die Bedenken Vogls in bezug auf eine ungenügende Kenntnis des brauchbaren Vorrats an Menschenmaterial, weil sich mit einem ungekannten Material schlecht haushalten läßt. Auch er wünscht in Zukunft bei Erforschung des Problems, wie Sering und andere, daß eine Zählkarte Anwendung findet, die alle wesentlichen Momente enthalten muß und jede gewünschte Kombination und verschiedenen Gesichtspunkten vorzunehmen erlaubt. Wennschon Verfasser eine Entartung als völlig unbegründet zurückweist und hervorhebt, daß keinerlei Anlaß zu Besorgnis vorliegt, so wünscht er doch eine Erhöhung der Wehrkraft und Wehrfähigkeit dadurch herbeizuführen, daß ein reichlicherer Nachwuchs gesund und tauglich in das wehrpflichtige Alter eintritt: „das geschieht durch Bekämpfung der Kindersterblichkeit und der Tuberkulose.“

Zur Erhöhung der Tüchtigkeit, d. h. des sehr differierenden Tauglichkeitswertes fordert v. Vogl dringend die bereits eingangs gedachte Umgestaltung unserer körperlichen Jugenderziehung.

Ich möchte diesem Stück sozialer Arbeit meinerseits den Wunsch beifügen, daß es gelingen möge, den Abfluß der auf dem Lande wohnenden Bevölkerung, nicht nur der Bauernkinder, zu hemmen und andere Großstadtbewohner dort von neuem seßhaft zu machen. Unsere Wehrkraft dürfte durch all die erwähnten Maßnahmen quantitativ und qualitativ unschwer auf der Höhe erhalten bleiben, die uns durch die Weltpolitik mit eisernem Griffel vorgeschrieben wird.

W. Abelsdorff.

Miscellen.

Geistig Minderwertige und Militärdienst. Ein Artikel der Hamburger Nachrichten v. 1. Mai 1906 knüpft an die Zahlen von Rekruten an, die alljährlich wegen geistiger Störungen bald nach der Einstellung wieder entlassen werden müssen. Viel Zeit wird vergeblich mit ihnen in der Ausbildungsperiode verloren: nicht selten lenken erst Übertretungen, Mißhandlungen und andere Dienstwidrigkeiten die Aufmerksamkeit des Arztes auf den Geisteszustand der Leute. Der Dienst und die Beteiligten selbst würden gewinnen, wenn ihre Einstellung vermieden werden könnte. Im Drange des Ersatzgeschäftes die Anfänge vorzeitigen Schwachsinns und ähnlicher geistiger Störungen zu erkennen, ist unmöglich. Schul- und Ersatzbehörden müssen zusammenarbeiten, um die Minderwertigen schon bei der Gestellung so zu kennzeichnen, daß ihre Aussonderung erleichtert wird. Es wird deshalb Verallgemeinerung eines Vorgehens verlangt, wie es seitens des Generalkommandos IX. A.-K. mit der hamburgischen Oberschulbehörde vereinbart worden ist. Nach diesem Muster wird Folgendes gefordert:

1. Für die geistige Befähigung der Auszuhebenden sind seitens der Militärbehörde bestimmte Grundsätze aufzustellen.

2. Wo Schulen für Schwachbefähigte bestehen, sind die Abgangszeugnisse der Entlassenen den Ersatzbehörden zur Kenntnis zu übersenden, behufs Vervollständigung der Stammrolle.

3. Wo solche Schulen nicht bestehen, sind den Ersatzbehörden diejenigen Schüler namhaft zu machen, welche als geistig minderwertig bekannt waren oder aus solchem Grunde die Volksschule nicht absolviert haben.

4. Junge Leute, die zwischen dem Austritt aus der Schule und der Gestellung verziehen, müssen der Ersatzbehörde ihr Schulabgangszeugnis vorlegen.

Der 4. Punkt ist der schwächste; denn in den Zeugnissen, die den abgehenden Schülern in die Hand gegeben werden, wird schon mit Rücksicht auf das bürgerliche Fortkommen das nicht stehen dürfen, was vorstehend verlangt wird; und doch handelt es sich um viele Tausende von jungen Leuten, die zwischen Schule und Aushebung mannigfach den Aufenthalt wechseln.

Im übrigen sind die Forderungen berechtigt. Voraussetzung aber bleibt, daß das Urteil über die geistige Minderwertigkeit in den für die Ersatzbehörden bestimmten Zeugnissen — die geheim zu halten wären —, nicht bloß vom Lehrer, sondern von einem Schularzt mit psychiatrischer Vorbildung abgegeben würde: anderenfalls würden schwere Unzuträglichkeiten unvermeidlich werden. Sehr häufig wird trotzdem der Arzt der Ersatzbehörde nicht ohne nähere Beobachtung auf solche Bezeugungen hin den Militärpflichtigen für untauglich erklären können. Aber der Vorteil ist offenkundig, den die militärischen Vorgesetzten wie der Truppenarzt davon haben, wenn die Überweisungspapiere einen Hinweis auf die geistige Beschaffenheit enthalten, der für die weitere Beobachtung und Behandlung des Eingestellten eine sehr wesentliche, objektive Grundlage bietet. Daß das auch diesem selbst zugute kommt, liegt auf der Hand.

Körting.

Der Einfluß des Rauches auf die Atmungsorgane. In zahlreichen Aufsätzen, zuletzt in einer 1905 bei Enke erschienenen Monographie verficht L. Ascher-Königsberg seine Lehre, daß Kohlenrauch eine Prädisposition für akute Lungenkrankheiten schafft, den Verlauf der Tuberkulose beschleunigt, und daß

der Anstieg der Todesfälle an Respirationskrankheiten in direkten ursächlichem Zusammenhange mit der Industrialisierung, Bevölkerungsverdichtung und der hierdurch bedingten Zunahme der Rußplage stände. Vielleicht ist zur Ergänzung dieser Lehre die folgende geschichtliche Notiz von Interesse: Kundmann sagt in seinem Werke: „Rariora naturae et artis item in se medica“ Breslau, 1737, folgendes: „Wie nun die Lufft, so kann insonderheit schädlicher Dampf und Rauch dergleichen Patienten (den Phthisici) große Beschwerdlichkeit bringen: deßwegen sollen zu London wegen der vielen Feurung mit Steinkohlen, viele Menschen in Phthisie verfallen und fast der dritte Teil davon hinweggerafft werden. Auch zu Halle, da kurtz vor meiner Zeit in denen königlichen Salzkothen man dergleichen Kohlen zu brennen anfieng, hatte man deswegen nicht wenige Furcht, bis der berühmte HerrHof-Rath und Professor daselbst F. Hoffmann in einem Propemptico inaugurali de Vapore carbonum fossilium dieses ganz anders erwieß und zwar daß die Lufft vielmehr dadurch gereinigte werde und von dieser Zeit an viel wenigere Menschen an ansteckenden Fiebern und selbst an der Lungensucht als vorhero den Weg aller Welt gegangen“. (S. 1290). A. Gottstein.

Eine merkwürdige Art der Mortalitäts-Statistik. In den Sammlungen der Emder „Kunst“ befindet sich nach der Frankfurter Zeitung vom 12. Mai 1906 eine eigenartige Reliquie in Verwahrung: zwei lange schwarze Bretter mit nichts als Zahlen, und diese Zahlen geben von 1665 bis 1868, also beinah 3 Jahrhunderte lang, an, wieviel Särge in Emden Jahr um Jahr gebaut wurden. Es handelt sich dabei um ein eigenartiges, wahrscheinlich noch in die Klosterzeit (vor 1561) zurückgehendes Privileg, wonach in Emden Särge nur von dem sogenannten Gasthause des Klosters geliefert werden durften, bis dem die Einführung der Gewerbefreiheit ein Ende machte. Daß man über den Ursprung dieses seltsamen Monopols nichts weiß, liegt daran, daß die letzten Mönche des betreffenden 1317 von Franziskanern gegründeten später der Reihe nach auch noch von Minderbrüdern, Gaudenten und Observanten bewohnten Klosters bei dessen Auflösung (1561) alle ihre Bücher mit fortnahmen; ausgenommen waren allein die Schiffszimmerleute, die gar manchesmal weit draußen auf See eine „Dodekiste“ zusammenschlagen und einen „int holt legen“ mußten, und die Juden. Den Anlaß zu jener merkwürdigen Statistik gab das große Sterben im Jahre 1665, in dem allein 5518 Särge gebraucht wurden; die wenigsten (180) wurden 1851 benötigt.

Ein Beweis für die Verbreitung der künstlichen Säuglingsernährung in Süddeutschland um das Jahr 1500. Im Saal 23 des Kaiser Friedrich-Museums in Berlin ist, bezeichnet mit Nr. 319, eine Holzskulptur ausgestellt, die die Madonna darstellt, wie sie dem Jesuskinde das Fläschchen reicht. Die Darstellung ist so gewählt, daß nach Aussehen und Haltung es sich nicht um ein kurzdauerndes Trinkenlassen eines größeren Kindes, sondern um ein wirkliches Stillen mit der Flasche handelt. Das Kunstwerk stammt etwa aus dem Jahre 1500 und aus der Werkstatt des Würzburger Bildschnitzers Tillmann Riemschneider. Schwerlich würde der Künstler die Madonna mit dem Kinde in dieser Situation dargestellt haben, wenn ihm diese nicht als typisch aus seiner Umgebung bekannt gewesen wäre. Es darf also mit Recht angenommen werden, daß schon um das Jahr 1500 die Säuglingsernährung durch die Flasche in Süddeutschland wie noch heute eine mehr als vereinzelte Verbreitung gewonnen haben muß.

A. Grotjahn.

Aus der Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik in Berlin.[1])

Sitzung vom 25. Januar 1906.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr Grotjahn.

Herr Rudolf Lennhoff: **„Ärztliche Wünsche zur Reform der Arbeiterversicherung.“** Der Arzt ist aus zwei Gründen berufen, sich zur Reform der Arbeiterversicherungsgesetze zu äußern, und berechtigt, für seine Äußerungen Gehör zu verlangen: Erstens, weil er als medizinischer Berater der Versicherten und als Sachverständiger der Versicherungskörperschaften umfassend und ständig an der praktischen Durchführung der Gesetze mitarbeitet und dabei eine Fülle von Erfahrungen sammelt, die in ihrer Besonderheit ausschließlich ihm zu sammeln möglich ist. Zweitens, weil in mehr oder weniger großem Umfange, manchmal vollkommen, seine ideelle und seine materielle Stellung von den Versicherungsinstitutionen abhängig ist, er also sehr erheblich persönlich interessiert ist.

Den Arbeiterversicherungsgesetzen liegt die Erkenntnis zugrunde, daß die wirtschaftliche Existenz der unbemittelten oder nur sehr wenig bemittelten Volkskreise ausschließlich abhängig ist von dem Ertrag der Arbeit und daß sie bedroht oder erschüttert wird, wenn keine Arbeit geleistet werden kann — aus Mangel an Arbeit oder aus Arbeitsunfähigkeit. Da das Problem der Versicherung gegen den Mangel an Arbeit, die Arbeitslosigkeit, bisher nicht gelöst werden konnte, haben die Versicherungsgesetze lediglich das Ziel, die Schäden der Unfähigkeit zur Arbeit auszugleichen.

Die Fähigkeit zur Arbeit wird herabgesetzt durch eine bestehende Krankheit, durch Folgen einer überstandenen Krankheit oder durch das natürliche Nachlassen der Kräfte. Das gegenwärtige Gesetz nimmt das natürliche Nachlassen der Kräfte ohne weiteres als vorhanden an, sobald das siebzigste Lebensjahr überschritten ist. Der Arzt hat hier nur insoweit mitzusprechen, als er zu fragen ist, ob diese Altersgrenze seinen Beobachtungen und Erfahrungen entspricht, ob er zu niedrig oder zu hoch gegriffen ist. Die ärztliche Erfahrung aber lehrt, daß die Arbeitsfähigkeit in dem gegenwärtigen Wirtschaftsleben, auch ohne spezielle krankhafte Einwirkungen in der Regel vor dem siebzigsten Jahre erlischt. Diese ärztliche Erfahrung wird durch die Statistik der Versicherung bestätigt. Das Maximum der Invalidisierungen fällt in die Zeit zwischen dem 64. und 65. Lebensjahre. Daraus muß sich die Forderung ergeben, daß die Grenze für das natürliche Erlöschen durch Alter niedriger zu bemessen ist.

Eine weitere Forderung muß dahin gehen, daß die Versicherung gegen das Erlöschen der Arbeitsfähigkeit wenigstens den minimalsten Bedürfnissen der Existenz Genüge leistet, und zwar ganz gleichgültig, welche Ursachen das Erlöschen der Arbeitsfähigkeit bewirkt haben. Hieraus folgt, daß die gegenwärtig bestehenden Verschiedenheiten der Versicherung zu beseitigen sind. Die Rente für Invalidität wird jetzt ganz anders bemessen, je nachdem eine Unfallkrankheit, irgend eine andere Krankheit, oder Alter die Ursache waren. Zweitens berücksichtigt nur die Unfallversicherung gegenwärtig, ob es sich

---

[1]) Nach den „Verhandlungen“ der Gesellschaft, Nr. 12 u. 13, Sonderdrucke aus der „Medizinischen Reform“, herausg. von R. Lennhoff.

lediglich um Fristung der eigenen Existenz handelt, oder ob von der Arbeitsfähigkeit des Versicherten auch die Existenz anderer Personen (Frau, Kinder, Eltern) abhängt. Eine dritte, insbesondere vom Standpunkte des Arztes durch nichts zu rechtfertigende Ungleichheit besteht darin, daß nur die Unfallversicherung auch den teilweisen Verlust der Arbeitsfähigkeit in sich begreift.

Mit dem Ausgleich dieser Mängel würde ohne weiteres auch die vielfach und erst vor kurzem in dieser Gesellschaft von Sommerfeld aufgestellte Forderung einer der Unfallentschädigung gleichkommenden Entschädigung gewerblicher Vergiftungen erfüllt, und zwar ohne daß von den Ärzten eine spezielle Sachverständigkeit verlangt würde, über die sie insgesamt bisher nur in beschränktem Umfange verfügen.

Überblicken wir den Inhalt alles dessen, was in gesundheitlicher Beziehung für den Versicherten zu geschehen hat, so ergibt sich, daß die Versicherung die Ärzte in den Stand setzen muß, ihrerseits den an sie herantretenden Anforderungen gerecht werden zu können, und daß weiter alle diejenigen Einrichtungen beschafft oder zur Verfügung gestellt werden müssen, und zwar ausreichend nach Zahl und Umfang, die eine möglichst vollkommene Behandlung ermöglichen. Dazu gehören z. B.: Krankenhäuser, Genesungsheime, Spezial-Heilstätten, Erholungsstätten, Kurbäder, Landaufenthalt. Außerdem muß aber auch die Möglichkeit bestehen, Simulationsverdächtige durchweg in Anstaltsbeobachtung nehmen zu können. Was speziell Landaufenthalt betrifft, so ist dafür Sorge zu tragen, daß er wirklich den von ihm erwarteten Nutzen gewährleisten kann. Infolgedessen soll er nicht regellos nach Belieben oder Laune der Versicherten gewährt werden. Vielmehr empfiehlt es sich, wie ich das schon vor Jahren vorgeschlagen habe, nur nach solchen Orten Landaufenthalt zu gewähren, wo sich Ärzte bereit finden, zielbewußt die Lebensweise der Kranken zu regeln und zu überwachen.

Was die Krankenhauspflege anbelangt, so ist zu wünschen, daß das Verhältnis zwischen Krankenhaus und Versicherung nach Möglichkeit festgelegt wird, insbesondere bezüglich der Verpflegungssätze. Ein Zuschuß wird noch, besonders für die Krankenversicherung, von politischen und religiösen Gemeinden und Stiftungen geleistet, indem mit wenigen Ausnahmen die Pflegesätze in den Krankenhäusern hinter den Selbstkosten zurückstehen. Der Zuschuß, der zum Beispiel von der Stadt Berlin in dieser Form den Krankenkassen gewährt wird, beträgt pro im Krankenhaus verpflegten Versicherten täglich etwa 2 Mk. Ob nun weiter dieser Zuschuß von den Kommunen oder gar Wohlfahrtsstiftungen zu leisten ist und nicht vielmehr die Versicherung so zu stellen wäre, daß sie ihn entbehren könnte oder aber ihn vom Reiche erhielte, ist fraglich; auf jeden Fall ist zu vermeiden, daß die Versicherung durch seine Herabsetzung, also durch Heraufsetzung der Pflegegebühren, in ihrer Bilanz erschüttert wird.

Es ist ferner zu verlangen, daß verschiedene Arten von Krankenhäusern geschaffen werden, je nach dem Umfange des für die verschiedenartigen Krankheitsfälle notwendigen therapeutischen und Pflegeapparates. Abgesehen von den ebenfalls zur Entlastung der gegenwärtigen Krankenhäuser mehr als bisher heranzuziehenden Erholungsstätten und Genesungsheimen sind zur Herabminderung der Kosten, wie das in der letzten Zeit z. B. Gottstein und Blumenthal vorgeschlagen haben, kleinere Krankenhäuser mit einfachem therapeutischen Apparat zu errichten. Vor mehreren Jahren habe ich schon an der Hand von Beispielen darauf hingewiesen, daß besonders in größeren Städten auf das ein-

fachste ausgestattete Krankenheime notwendig sind für Personen, die trotz ganz leichter Erkrankung nicht zu Hause verpflegt werden können.

Gegenwärtig wird Invalidität durch Unfallskrankheit weit höher entschädigt, als durch andere Ursachen. Wenn nun jemand — man darf hier beinahe so sagen — das Glück hat, unfallskrank zu werden, so ist es rein menschlich zu begreifen, wenn er bestrebt ist, daraus eine möglichst hohe Rente herauszuschlagen. Sobald aber jede Art von Invalidität gleichmäßig entschädigt wird und der Versicherte das beruhigende Gefühl hat, wenn er dereinst wirklich invalide wird, unter allen Umständen das für sein Existenzminimum Nötige zu erhalten, hört der Unfall auf, als besonders günstige wirtschaftliche Konjunktur zu erscheinen und damit die Sucht nach Rente.

Wenn jede Art von Invalidität, ganz oder teilweise, gleich entschädigt wird, so sind andererseits die besonders von Regierungsbaumeister Eisner in Berlin und Paul Lohmar in Cöln gegebenen Anregungen zu beobachten, die teilweise Invalidität nur dann zu entschädigen, wenn sie mindestens einen gewissen Umfang erreicht hat und die ganz niedrigen Renten abzuschaffen, also etwa erst von einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 15—25 Proz. an. Ob und inwieweit die Gesetzgebung alle die aufgestellten Forderungen verwirklichen kann, werden vielleicht die noch folgenden Besprechungen über die praktische Gestaltung der Gesetzgebung ergeben. Das darf mich aber nicht hindern, sie von meinem ärztlichen Standpunkt als erstrebenswert hinzustellen.

Etwas leichter wird es wohl der zukünftigen Gesetzgebung werden, den Kreis der Versicherten besser zu bestimmen, als jetzt. Wurde eingangs der Erörterungen gesagt, daß die Zwangsversicherung für diejenigen Volkskreise geschaffen ist, deren Arbeitsertrag so gering ist, daß bei Krankheit beziehungsweise Arbeitsunfähigkeit ihre wirtschaftliche Existenz bedroht beziehungsweise erschüttert ist, so muß gefordert werden, daß nun auch alle, deren Einkommen so niedrig ist, in die Versicherung einbezogen werden, ob sie nun zur Klasse der Fabrikarbeiter, der Heimarbeiter, der Dienstboten oder zu sonst welcher Klasse gehören. Da ferner die wirtschaftliche Existenz dieser Volkskreise nicht viel weniger bedroht ist, wenn Frau oder Kinder erkranken, als wenn das Familienoberhaupt erkrankt, so muß sich die Versicherung auch auf die Familien erstrecken. Dies wird um so leichter durchzuführen sein, wenn berücksichtigt wird: 1. daß schon heute mit Erfolg eine ganze Reihe von Krankenkassen von dem Recht der Familienversicherung Gebrauch machen; 2. daß viele Ehefrauen als ehemalige Arbeiterinnen die Krankenversicherung freiwillig fortsetzen; 3. daß viele Ehefrauen teils als freiwillig die Versicherung fortsetzende, teils als Gelegenheitsarbeiterinnen invalidenversichert sind; 4. daß viele ältere Frauen kurz vor, oder noch im Beginn der Invalidität irgend eine leichte oder scheinbare Beschäftigung annehmen, um Invalidenmarken kleben zu können und am Tage nach erfüllter Wartezeit sich um die Rente mit Erfolg bewerben. Bei zwangsweise eintretender frühzeitiger Versicherung würden diese bis zur Invalidität weit mehr Beiträge gezahlt haben und so die Versicherung erheblich weniger belasten als jetzt.

Übersieht man die Gesamtheit der Leistungen, für die der Arzt in Frage kommt, so wird man gerade bei der von mir gewählten Art der Darstellung sich der Überzeugung nicht verschließen können, daß die gegenwärtige Drittelung der ärztlichen Tätigkeit — Krankenkassen-, Unfall-, Invaliditätsversicherungs-

arzt — eigentlich ein Unding ist. Ebenso wird es aber klar, daß für den großen Bereich der Versicherung sowohl im Interesse der Versicherten, wie der Ärzte die Gesamtheit aller in Deutschland zur Verfügung stehenden Ärzte heranzuziehen ist, soweit sie nur bereit sind, die nun einmal notwendigen Erfordernisse der versicherungsärztlichen Tätigkeit zu erfüllen und sich als für dieselben qualifiziert erweisen. Die Bedingungen, die sie dabei zu stellen haben, sind kurz gekennzeichnet in einer Bezahlung, die wenigstens einigermaßen ihren Leistungen entspricht und ihnen auch die unentbehrliche Arbeitsfreudigkeit ermöglicht. Die finanzielle Ausstattung der Versicherung sei so hoch, daß eine angemessene Bezahlung der Ärzte ermöglicht wird, die Beschränkung der ärztlichen Forderungen gehe soweit, daß sie den Bestand der Versicherung nicht gefährden. Bezüglich der weiteren Punkte stehe ich auf dem Boden der Forderungen der erwähnten Krankenkassenkommission, bzw. der in ähnlicher Form auf Schönheimers Antrag von der Ärztekammer Berlin-Brandenburg beschlossenen: 1. Zur Regelung der Beziehungen zwischen den Verwaltungen der Arbeiterversicherung und den Ärzten sind unter Mitwirkung der ärztlichen Standesvertretung paritätische Einigungskommissionen, eventuell mit einer Berufungsinstanz unter unparteiischen Vorsitzenden einzusetzen. 2. Im Interesse der Versicherten und des ärztlichen Standes ist die Zulassung jedes approbierten Arztes, welcher sich auf die von den Einigungskommissionen festgesetzten Bedingungen verpflichtet, zur Krankenbehandlung, auch bei Unfallverletzten, dringend erforderlich (freie Arztwahl). 3. Es ist eine gesetzliche Festlegung genügender Honorierung der ärztlichen Leistungen zu verlangen.

Sitzung vom 8. Februar 1906.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr Lennhoff.

Herr Sayffaerth: **„Die deutsche Arbeiterversicherung der Zukunft."** Als das Deutsche Reich vor nahezu einem Vierteljahrhundert mit der öffentlich rechtlichen Versicherung seiner Arbeiter allen voranschritt, mußte es sich zunächst begnügen, auf unsicherem Boden gangbare Pfade zu finden. Erst allmählich hat sich herausgestellt, welchen Schädlichkeiten man zu wehren, welche Schutzvorrichtungen man anzubringen hatte. Dementsprechend sind die nützlichen Maßnahmen dann einzeln und teilweise zusammenhanglos getroffen worden. Am einfachsten und praktischsten müßte es sein, wenn alle Kranken, Unfallverletzten und Invaliden in gleicher Art Anspruch auf Renten oder sonstige Hilfe gegen ihre Schäden erhielten, wenn eine gemeinsame Behördenorganisation die Abwicklung der Geschäfte übernähme und wenn die Mittel ohne wesentliche Unterschiede dafür gemeinschaftlich aufgebracht würden. So wird es auch jeder Staat einrichten, welcher heutigen Tages an diese Aufgabe erstmalig herantritt, so macht es Österreich tatsächlich. Leider aber besitzen eben nur die Staaten hierzu die Möglichkeit, welche in der Beziehung noch ganz oder ziemlich unbeschriebene Blätter sind, während andere und vor allem wir nach verschiedenen Richtungen hin für Form wie Inhalt geradezu gefesselt sind.

Unter diesen Umständen werden nun wohl die Landesversicherungsanstalten doch auf die Erfüllung des Wunsches verzichten müssen, Alleinträger des neuen Versicherungsgebäudes zu werden. Der andere, allein gangbare Weg aber bietet sich jetzt von selbst dem Auge dar, es ist derjenige der reinen Vereinigung mit einigen Abänderungen. Hierbei bleiben die drei Einrichtungen, Krankenkassen,

Berufsgenossenschaften und Landesversicherungsanstalten sowie die drei Versicherungen gegen Krankheit, Unfall und Invalidität ja mit ihren Haupteigenheiten bestehen.

Meine eigenen Vorschläge lassen sich danach in die Sätze zusammenfassen: Bewährtes bewahren. Lebensunfähiges opfern. Gewohnheiten schonen. Unwesentliches loslösen, Nötiges hinzufügen, Nachteile durch Vorteile ausgleichen, Nähern und Verbessern.

Dazu möchte ich, bevor ich die Anwendung zeige, hervorheben, daß namentlich die Selbstverwaltung und die Verteilung sowohl der Beitragslast als auch des Einflusses der Interessentenkreise innerhalb der drei großen Verwaltungskörper unangetastet gelassen und dennoch die letzteren einander zu inniger Verbindung genähert werden können. Wenn aber ferner besonders an einer Stelle etwas geändert werden muß, so wird man höchstens die Krankenkassen zu heilen brauchen, wo sie krank sind, d. h. man wird, wie man vor einigen Jahren die 1300 überflüssigen Schiedsgerichte beseitigte und durch 124 große ersetzte, jetzt die 22000 leistungsunfähigen Zwergkrankenkassen zu vielleicht 1170 brauchbaren Verbänden zusammenschließen und die sonstigen Klagen der Versicherten über ungleiche, unschöne oder ungerechte Behandlung abstellen. Wo aber endlich zum Zwecke der Näherung im großen oder kleinen, dem Rechte, jenem Pflichten auferlegt werden sollen, muß ersterer sich dagegen auch anderswo eine Verkürzung gefallen lassen, letzterer eine Erleichterung erfahren. Kann man das streng durchführen, so bleibt meines Erachtens die Harmonie der deutschen Versicherung ungestört und wird wahrscheinlich der Reform weder das Unternehmertum noch die Arbeiterklasse Widerstand entgegensetzen. Aber uns erwächst auch die Pflicht, der grundsätzlich schon gebilligten Witwen- und Waisenversorgung, der Arbeitsvermittlung und der wenigstens vom Fürsten Bülow am 10. Dezember 1903 ebenfalls bereits angekündigten Versicherung gegen unverschuldete Arbeitslosigkeit zu gedenken.

Diese Erwägung führt zu der Forderung eines lokalen Unterbaus der gesamten Arbeiterversicherung. Einheitlich soll die letztere einmal werden. Da die Zentralisierung keinesfalls für alle Zweige paßt, müssen also auch diejenigen Zweige dezentralisiert werden, für welche vielleicht eine innere Notwendigkeit dazu nicht gerade besteht. Erfreulicherweise stimmen darin bereits die Ansichten der Mehrzahl der gegenwärtig sozialpolitisch beschäftigten Praktiker und Theoretiker überein und so wird es wohl kaum einem Zweifel unterliegen, daß auf dieser Grundlage demnächst im Deutschen Reich der Umbau der Versicherungsgesetze ruhen wird.

An dieser Stelle jedoch habe ich darauf aufmerksam zu machen, daß überhaupt gerade genügend erprobte Einrichtungen vorhanden sind, deren Ersatz schwierig, deren möglichst ungestörter Fortbestand höchst wünschenswert wäre. In dieser Erkenntnis wird man sich aber auch davor hüten müssen, in die neuen Versicherungswerke ganz unerfahrene Arbeiter einzustellen oder den bisher an einer Stelle bewährten Kräften zuzumuten, den Ansprüchen aller drei Stellen oder gar ihrer noch mehr gerecht zu werden. Vielmehr müssen wir erwägen, daß die guten Erfolge unserer Arbeiterversicherung zum großen Teil auf der ehrenamtlichen Hilfe aller Berufsstände und auf der redlichen Hingabe eingeübter Beamten an ihre Sonderaufgaben beruhen. Deshalb aber ist es am allerbesten, sie möglichst wenig gestört ihr Werk fortsetzen zu lassen.

Somit trete ich nicht nur für den geteilten Oberbau und den Verbleib der



bisherigen Mieter, sondern auch dafür ein, daß der Unterbau selbst nach seiner Erweiterung keinen neuen Mieter erhält. In erster Hinsicht freue ich mich, daß wenigstens viele moderne Sozialpolitiker neuerdings auch hierzu neigen, und in letzter Hinsicht hoffe ich, daß auch die Theoretiker, welche leider noch immer andere Bahnen wandeln wollen, sich bald bekehren lassen werden. Die Besetzung der beiden Hälften des Oberbaues und des Unterbaues durch die vorhandenen Versicherungsträger ergibt sich jetzt von selbst.

Die Krankenkassen, Landesversicherungsanstalten und Berufsgenossenschaften bleiben im großen und ganzen unverändert bestehen und besorgen in der Hauptsache ebenso wie bisher die Angelegenheiten der in Kranke, Invalide, Unfallverletzte eingeteilten Arbeitsunfähigen. Berufsgenossenschaften wie Landesversicherungsanstalten aber übernehmen lediglich nach Abschluß aller Ermittlungen und ruhiger Erwägung der Umstände die Entschädigungen der nicht genügend wieder hergestellten Erkrankten oder Beschädigten, während die Krankenkassen sämtlichen innerlich oder äußerlich, im Dienst oder außer Dienst zur Arbeit unfähig gewordenen Versicherten und ihren Familien die erste schnelle Hilfe, Heilverfahren und Fortbezug von Geldmitteln gewähren. Ganz ungezwungen werden sich an diese Gliederung später eine Witwen- und Waisenversicherung sowie eine Versicherung gegen Arbeitslosigkeit mit der zugehörigen Arbeitsvermittlung anknüpfen lassen. Erstere als minder eilig und wegen der Notwendigkeit rechtlicher Prüfungen könnte den Landesversicherungsanstalten zugewiesen werden, welche mehr übernehmen möchten und dazu hervorragend fähig sind; letztere fiele der Krankenkasse zu, weil es sich um die allereiligsten Maßnahmen, um kurzfristige Hilfe und engste Verbindung mit Arbeitern und Arbeitgebern handelt.

Zu besonderen Reichsämtern, sogenannten Wohlfahrtsämtern, die Krankenkassen umzugestalten, davon sehe ich für das Deutsche Reich gern ab. Schon der erste Versuch mit den Rentenstellen ist insofern mißglückt, als sie nicht beliebt wurden. Dafür haben sich aber die Beisitzer bei den unteren Verwaltungsbehörden meistens gut eingeführt.

So gelange ich mit Notwendigkeit zu dem Vorschlage, die Krankenkassen an die Kreise und sonstigen unteren Verwaltungskörper anzugliedern. Sie werden dadurch zum Teil erst leistungsfähig werden, es werden damit zum anderen bald die Klagen über Geiz, Willkür u. s. f. verstummen, sie werden danach bei sich alles dasjenige vereinen, was für die Beurteilung der Invalidität, für die Untersuchung eines Unfalls, für die Begründung von Krankengeld- wie Rentenansprüchen, für die Feststellung, wie sonst jedermann zu helfen, für die Kontrolle in späterer Zeit und auch eventuell für eine Arbeitsvermittlung notwendig ist.

Es gilt nötigenfalls Arzt und Arznei oder Krankenhauspflege zu liefern, in anderen Fällen zu übernehmen, was die Kranken in dieser Hinsicht, weil es zu eilig war, selbst veranlaßt haben, ferner gilt es Krankengeld zu zahlen, die Kranken zu kontrollieren und die Beiträge einzuziehen. Zur Kontrolle und zum Beitragseinzug treten neu die Versicherten bzw. Rentenempfänger aus der Unfall- wie Invalidenversicherung hinzu und rücksichtlich beider bleiben dann auch weiter alle Rentensachen vorzubereiten und Anträge auf besondere Leistungen oder auf Rentenminderung bzw. Rentenentziehung zu stellen. Vielleicht wird endlich später die Vorbereitung und Kontrolle der Witwen- und Waisengelder sowie die Arbeitsvermittlung und Bewilligung von Arbeitslosenunterstützung ebenfalls noch hinzutreten.

Unter diesen Umständen wird es die größte Wirkung haben, wenn die bisherige Aufsichtsbehörde der jetzigen Krankenkassen selber die Leitung der neuen Kreiskrankenkasse bzw. des ganzen sozialpolitischen Kreisamts übernimmt. Dann verstummen die seither oft vernommenen Klagen über die Kassenvorstände am sichersten und liegt für die letzteren nicht der geringste Anlaß vor, sich etwa minderfrei zu fühlen. Zu Vorsitzenden der reorganisierten Krankenkassen die Vorsteher der unteren Verwaltungsbehörden, Oberbürgermeister, Landräte, Bezirks-, Oberamtmänner, Amtshauptmänner usw. einzusetzen, dürfte also der beste Entschluß sein.

Große Kassen können natürlich Unterstellen bilden, wozu die Bezirke der Stadtkreise und auf dem Lande die einzelnen kleinen Städte oder größeren Dorfgemeinden den trefflichsten Anhalt bieten. Günstig ist, daß die so wichtigen technischen Kräfte des Kreisarztes und Gewerbebeamten dieser neugeborenen sozialpolitischen Behörde als Berater bequem zur Verfügung stehen, und so wird mancher Mißgriff künftig von vornherein verhütet, manche unnötige Bewilligung, manche ungerechtfertigte Abweisung desto sicherer vermieden werden.

In den Vorständen der neuen Krankenkassen werden sich im übrigen die bewährten Vorstandsmitglieder der bisher gut verwalteten größeren oder bedeutenderen Orts- und Gemeindekrankenkassen, sowie auch die schwerlich zu entbehrenden jetzigen technischen Leiter natürlich ziemlich unversehrt wieder zusammenfinden.

Dem einmal geltenden und bei der neuen Krankenkasse so gut wie bei der alten angewandten Grundsatze, daß gleichen Pflichten gleiche Rechte gegenüberstehen sollen, entspricht es, daß die Zusammensetzung des Vorstandes im Zahlenverhältnis der beiden Stände zueinander wechselt, sobald es sich um eine Erkrankung aus Anlaß eines Unfalls handelt. Zu diesem Behufe ist eine Abzweigung von der Krankenkasse, die Unfallkommission, in gleicher Größe zu bilden. Hier kommen auf 2 Arbeitnehmer mithin 4 Arbeitgeber, über denen wiederum der beamtete Vorsitzende steht. Die ebenso wie für die Krankenkasse und gleichzeitig vorzunehmenden Wahlen können hierfür auf 2 weitere Arbeitgeber beschränkt werden.

Eine solche Kommission ist deshalb nötig, weil alle Betriebsunfälle sofort den Berufsgenossenschaften überwiesen werden sollen und somit die Frage, ob ein solcher vorliegt, schnellstens einstweilig zu beantworten ist.

Durch die Einrichtung der Unfallkommission wird die Lage der verletzten Versicherten nach zwei Richtungen hin verbessert. Sie kommen früher und sicherer zu einem ihren beruflichen Bedürfnissen gerecht werdenden und, soweit es sich um kostspielige Heilmittel handelt, diese gewährenden Heilverfahren, sie brauchen sich aber auch nur noch in seltenen Fällen ihr Recht auf Unfallentschädigung in einem eigenen Streitverfahren einzuklagen. Bekanntlich soll die Unfallkommission alsbald entscheiden und sollen Krankenkasse und Berufsgenossenschaft, soweit sie den Entscheid nicht für richtig halten, nur gegeneinander auf Erstattung der Aufwendungen klagen. Dadurch bleiben den angeblich Verletzten zur eigenen Klage nur solche Fälle übrig, welche nicht einmal von der Krankenkasse für Betriebsunfälle erachtet werden.

Kommt es endlich später einmal zur öffentlichen Arbeitsvermittlung und zur Arbeitslosigkeitsversicherung, dann bilden die vorhandenen 4 Arbeitnehmer und 4 Arbeitgeber unter dem bekannten Vorsitzenden einfach das Arbeitsamt, dessen Zusammensetzung nach Lage der Dinge bei ganz gleichem Interesse beider



Stände und nicht verschiedener Beteiligung an den Kosten der Sache nur gleichmäßig im Verhältnis 1:1 erfolgen darf. Für etwaige erweiterte Hinterbliebenenrenten würde die Krankenkasse sinngemäß die Vorbereitung und Kontrolle übernehmen.

Das neue sozialpolitische Kreisamt würde also kurz dargestellt so aussehen: 1 Vorsitzender (Landrat oder Kreisassessor bzw. Oberbürgermeister oder Beigeordneter und 6 (bzw. 8) Mitglieder.

	1 Vorsitz.	4 Arbeitgeber	4 Arbeitnehmer
Krankenkasse	1	1. 2. — —	1. 2. 3. 4.
Unfallkommission . . .	1	1. 2. 3. 4.	1. 2. — —
Arbeitsvermittlungsamt .	1	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.

Den vorigen Ausführungen gemäß sind zunächst die Gemeinde-, Orts-, Fabrik-, Bau-, Innungs-, Knappschaftskassen aufzuheben und kann es allenfalls besonderen Zweckverbänden überlassen bleiben, die eine oder andere darunter mit etwa ausnahmsweise günstigen Leistungen als Zuschußkasse weiterzuführen. Dann sind die gedachten Kreiskassen zu begründen bzw. die ihnen entsprechenden Gemeinde- oder Ortskrankenkassen in solche überzuführen.

Demnächst aber muß dem Bedürfnis nach grundsätzlich gleicher Befriedigung aller Interessenten durch einheitlich geordnete gesetzliche, nicht freiem Ermessen der Kassenvorstände vorbehaltene, bloß statutarische Leistungen ausgiebig Rechnung getragen werden.

Am besten wird man die Berechnung des Krankengeldes (Sterbegeldes) und der Beiträge in der Art vornehmen, wie es jetzt schon bei den Berufsgenossenschaften geschieht, d. h. nach wirklichem Verdienst, nur aushilfsweise nach ortsüblichem Satze, und voll nur bei Löhnen bis 5 Mk., was darüber geht, gedrittelt. Vielleicht wird sich ein Krankengeld von 50 Proz. des Tagelohns und eine freiwillige Mehrversicherung bis 75 Proz. sowie Mitversicherung der Familie einführen lassen.

Die berufsgenossenschaftliche Verwaltung könnte wohl im Interesse der Kosten etwas vereinfacht werden. Hier aber läßt sich eine gesetzliche Vorschrift entbehren, weil diese Kosten lediglich von den Arbeitgebern aufgebracht werden. Die versicherungsanstaltlichen Geschäftseinrichtungen sind bereits so einfach, daß man kaum eine nützliche Änderung anbringen könnte. Nur die Krankenkassen erfordern auch die äußerliche Umgestaltung.

Unbedingt muß die gemeinsame Arbeiterversicherung künftig für einen und denselben Personenkreis gelten und bleiben deshalb einige Versicherungsarten weiter auszudehnen. Namentlich müssen die landwirtschaftlichen Arbeiter und die Dienstboten der Krankenversicherungspflicht unterworfen und für das Gesinde und die Angehörigen nicht fabrikmäßiger Betriebe neue Sammelgenossenschaften gebildet werden. Man wird also die Versicherungspflicht allgemein für Arbeitnehmer festsetzen und nur nach oben etwa auf 2000 Mk. begrenzen müssen, daneben aber sie auch, wie es schon in der Landwirtschaft geschieht, auf kleine Betriebsunternehmer mit Einkommen bis 1500 Mk. nach Maßgabe der Steuerveranlagung ausdehnen können. Dazu wird man eine freiwillige Selbstversicherung noch einzurichten haben, und zwar für Arbeitnehmer, denen 2000 Mk. nicht genug erscheint, wie für Arbeitgeber, die sich trotz 1500 Mk. nicht auf sich selber verlassen mögen, mit einer obersten Begrenzung etwa auf 3000 Mk. für Arbeitnehmer und auf 5000 Mk. für Arbeitgeber.

Höchst empfehlenswert im Sinne einer innerlichen Näherung wie im Inter-

esse wiederum der Versicherten aber bleibt dann noch die schon gestreifte Überführung einer schon jetzt nicht unbekannten und viel geübten Maßnahme aus dem Gebiete der freiwilligen Entschließung auf dasjenige der Notwendigkeit. Ich denke an die Fälle, wo bestimmte Aussicht auf völlige oder erheblichere Herstellung besteht, aber ein kostspieligeres Heilverfahren oder eine schwierigere Operation dazu erforderlich sein würde. Hier möchte ich das bisherige Recht der Berufsgenossenschaften und Landesversicherungsanstalten, vorzeitig einzugreifen, in eine künftige Pflicht dieser höheren Verbände, das zu tun, verwandelt wissen. Atteste von höheren beamteten Ärzten oder Autoritäten sonstiger Art könnten vielleicht für die Feststellung genügen, ob der Fall vorliegt oder nicht. Nötigenfalls müßte das Recht auf Übernahme oder die Pflicht zum Ersatz in einem eiligen Antragsverfahren erstritten bzw. festgestellt werden.

Es wird kaum zu umgehen sein, daß der Begriff der Krankheit im gesetzlichen Sinne festgelegt wird. Es gibt ja Störungen des körperlichen oder geistigen Gleichgewichts, die sicherlich krankhaft sind, aber den Befallenen in seinem Beruf nicht stören. Umgekehrt gibt es berufliche Hemmungen aus krankhafter Verstimmung, wofür sich kein Krankheitsname leicht finden läßt. Es gibt dann Krankheiten, die absolut arbeitsunfähig machen, und andere, wobei nur eine teilweisen Arbeitsenthaltung geboten ist. Mit allem dem und noch manchem anderen vielleicht wird man rechnen müssen, wenn man das Gesetz so gestalten will, daß es allen Verhältnissen gerecht wird und daß weder zu viel noch zu wenig entschädigt wird, keiner unnütz feiert und keiner über Gebühr sich anstrengt. Ich würde in Erwägung dieser Dinge nicht in jedem Falle Krankengeld, sondern vielfach nur ein Schonungsgeld von etwa der Hälfte des ersteren für angebracht halten; es braucht, wo dies allein in Frage kommt, nicht verlangt zu werden, daß der Patient immer zu Hause bleibt, und es darf dabei sogar verlangt werden, daß er sich in geringem Umfange nützlich macht. Der Arzt entscheidet das und ich glaube, es würde ihm dieser Weg viel sympathischer sein als die heutige Ungewißheit in einer Unzahl von Fällen, ob es richtiger ist, einen Krankenschein auszustellen oder zu verweigern. Eine durchaus einwandfreie Formulierung des Krankheitsbegriffs zu bringen, sehe ich heute nicht als meine Aufgabe an. Indessen möchte ich doch bemerken, daß ich dieselbe für nicht so schwer löslich halte, wie man vielfach annimmt, und so vertraue ich, es werde sich im Gesetze da, wo von Krankheitsfällen die Rede ist, etwas mindestens so Schönes finden lassen, wie es zu lesen steht, wo von Invalidität gehandelt wird. Im Sinne der vorigen Ausführungen bin ich z. B. bisher dahin gelangt, als Krankheit die „völlige oder teilweise Störung der körperlichen und geistigen Fähigkeit zur Erfüllung der gewohnten beruflichen Pflichten“ anzuerkennen.

Es ist die Frage aufgeworfen worden, ob die Unfallversicherung außer Unfällen und unfallartigen Ereignissen auch wie in Frankreich Berufskrankheiten oder wenigstens deren eine gewisse Art und Zahl umschließen solle. Wer eine innere Verwandtschaft herausfühlen will oder oft bemerkt, daß die Arbeiterfamilien den Unterschied nicht empfinden, pflegt dafür zu sein. Dawider spricht jedoch die begriffliche Verschiedenheit und der erhebliche Kostenpunkt. Ich möchte einer Einbeziehung deshalb und aus dem weiteren praktischen Grunde widerraten, daß eine solche Vermischung neue Übelstände im Gefolge haben würde.

Auch eine andere Klage ertönt dort laut genug. Ich erkläre ihren Gegenstand am besten an einem Beispiel. Wenn ein Unfall ein Auge zerstört, erhält der bisher Zweiäugige 30 Proz., der bisher schon Einäugige 100 Proz.; verliert

aber der erstere hinterher sein gutes einziges Auge aus inneren Gründen, so bleibt ihm die Zulage der jetzt fehlenden 70 Proz. versagt. Man erwägt nur, daß der Einäugige durch den Unfall, der Zweiäugige später durch einen Zufall blind wurde, und übersieht, daß doch auch hier das Unfalleiden zur Blindheit mitwirkt, denn trotz des Zufalls hätte doch der Empfänger der 30 Proz. ohne seinen Unfall immer noch ein Auge übrig, genau wie der Empfänger der 100 Proz. vor dem Unfall. Mir will scheinen, als ob an dieser Stelle das strictum jus die Rechtsprechung nicht zu ihrem Vorteil allzu stark beeinflußt habe. An anderer Stelle hat dagegen das aequum jus überaus milde dafür gesorgt, daß ein nahezu arbeitsunfähiger Rückenmarkkranker, wenn er bei seiner Arbeit einen Stoß erhält und danach aufhört zu verdienen, die Vollrente empfangen muß. Ich meine aber, billiger würde es jedermann erscheinen, wenn letzterer leer ausginge und im ersten Fall entschädigt würde. Also könnte wohl Gesetz oder Rechtsprechung hier Wandel schaffen und dem Grundsatz noch zu umfangreicherer Geltung verhelfen: Mitwirkung gilt der Veranlassung gleich. Selbstverständlich müßten ebenso wie Blinde, auch Taube, Lahme und Armlose behandelt werden.

Ich bin am Schlusse. Möge es gelingen — so oder anders — ein Werk zu schaffen, welches den Mühseligen und Beladenen, soweit Menschenkunst dazu überhaupt ausreicht, das wertvolle Geschenk der Zufriedenheit mit ihrem Lose verleiht und den Ärmsten der Armen, deren Lebensglück an Krankheit, Unfall, Invalidität und Alter, an Not und Tod scheitern will, dies Schicksal dennoch freundlicher wendet. Möge es jedoch auch bald dazu kommen! Ich würde es höchst angebracht halten, wenn alsbald, wie es seinerzeit beim Bürgerlichen Gesetzbuch geschehen ist, eine Kommission zur Beratung über alle Fragen der Arbeiterversicherung und zur Ausarbeitung eines Entwurfs für das neue Arbeiterversicherungsgesetz eingesetzt würde. In dieselbe müßten Theoretiker und Praktiker, Vertreter aller Stände, Arbeiter und Arbeitgeber, der Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Landesversicherungsanstalten, Angehörige der Kreise, welche die Gesetze geben, wie derer, welche sie ausführen, also Landräte und Bürgermeister, Mitglieder des Reichsversicherungsamts und Schiedsgerichtsvorsitzende und, nicht zu vergessen, auch Ärzte, neben Mitgliedern des Bundesrats und Reichstags, berufen werden. Dies würde, denke ich, die beste Gewähr dafür bieten, daß die Zeit der Verhandlungen auf das geringste Maß beschränkt wird, daß etwas zustande kommt, was ohne weitere längere Überlegung von den gesetzgebenden Körperschaften angenommen werden kann, und daß endlich auch die Ausführung des Gesetzes nicht hinter den Absichten seiner Schöpfer zurückbleibt.

Große Unzufriedenheit haben die Krankenkassen durch die Beschränkung der Ärztezahl und die niedrige Bemessung der Honorare erweckt. Diese Maßregeln waren zwar von lobenswerter Sparsamkeit diktiert, führten aber dazu, daß ärztliche Hilfe oft gar nicht zu erlangen war und daß einerseits die Ärzte nicht immer ihren Kassenpatiensen die gewünschte Zeit widmeten, die Kassenmitglieder andererseits aber sich oft über unwürdige Behandlung beschwerten. So ist die Forderung der freien Arztwahl und diejenige einer angemesseneren Bezahlung immer lauter geworden. Man wird indessen zugeben müssen, daß die Erfüllung beider Wünsche nur der Billigkeit entspricht und daß auch innere Gründe genug dafür vorhanden sind. Ja, ich möchte sogar annehmen, daß der Gesetzgeber nie daran gedacht hat, die Verhältnisse könnten sich so entwickeln, wie wir es erlebt haben, denn sonst müßte er von vornherein besondere Vorschriften darüber er-

lassen haben. Soweit die Sache die Ärzte angeht, muß erwogen werden, daß jeder Arbeiter seines Lohnes wert ist und daß die Bevorzugung eines Teils, die Zurücksetzung eines anderen Teils der Ärzteschaft auch ungehörig ist. Soweit es sich jedoch um die Versicherten handelt, welche bei der ganzen Angelegenheit doch zweifellos die Hauptsache bilden, liegt in der Versagung der Hilfe gerade, welche dem Kranken am meisten sympathisch ist, die denkbar größte Härte. Man fragt sich vergebens, warum die Mitglieder einer großen Arbeiterfamilie sich nicht, wenn sie wollen, wie diejenigen einer Familie aus anderem Stande, sämtlich an denselben Hausarzt wenden dürfen, sondern unter Umständen gezwungen werden sollen, sich von ebenso vielen verschiedenen Ärzten kurieren zu lassen, wie Familienmitglieder vorhanden sind. Der eine Arzt wird sich dabei wahrscheinlich, auf Grund seiner genauen Kenntnis der Verhältnisse, im Einzelfalle weniger leicht täuschen oder täuschen lassen als die Vielheit! Wie sehr aber läßt auch das in der Krankenkassenverwaltung zu Herrschaft gelangte Prinzip das psychische Moment der Sache außer acht! Das Vertrauen eines Erkrankten auf seinen Arzt und dessen Mittel ist nach allgemeiner Auffassung gewiß schon die halbe Genesung. In Wirklichkeit aber liegt darin mindestens ein so erheblicher Heilfaktor, daß, wo das Zutrauen fehlt, auch bei der besten Diagnose und Verordnung die Krankheit länger als nötig dauert, oder wo gar Abneigung herrscht, die Behandlung leicht ihren Zweck verfehlt. Damit kommen wir nun schon zum zweiten Male zu dem überraschenden Ergebnis, daß sich die Krankenkasse bei ihren jetzigen Gepflogenheiten nur unnötig selber damit belastet, länger Arzt, Apotheke und Krankengeld zu gewähren! Vielleicht wird die Zukunft lehren, daß die freie Arztwahl und die höhere Honorierung der Einzelleistung gar nicht die befürchtete Steigerung der Ausgaben zur Folge hat. Ich kann mich also nur für die bezüglichen Bestrebungen aussprechen und meine, daß man sich gegen etwaige Mißbräuche d. h. willkürliche Hochschraubung der Kosten oder ungeeignete Verordnungen, schon anderweit wird schützen können.

Sitzung vom 1. März 1906.

Vorsitzender: Herr Lassar. Schriftführer: Herr Lennhoff.

Herr Mayet trägt über: **„Umbau und Weiterbildung der sozialen Versicherung“** vor. Ich betrachte die für die soziale Versicherung gezahlten Beiträge, von wem auch immer sie getragen seien, von Arbeitgebern oder Arbeitnehmern oder Staat, als Teile des Arbeitslohnes. Ich betrachte diese in Versicherungsbeiträgen aufgebrachten Lohnteile als die allerwirksamsten Teile des Lohnes und insofern eher als Lohnersparnisse als wie als Lohnerhöhung. Im „Atlas und Statistik der Arbeiterversicherung des Deutschen Reiches“ sind, auf S. 16, bis Ende 1901 nachgewiesen $3^1/_2$ Milliarden Mark Ausgaben und 1,3 Milliarden Vermögensbildung, zusammen eine Aufbringung von 4.81 Milliarden Mark. Seitdem sind über 4 Jahre vergangen. Die ordentlichen Ausgaben ohne Zuführung zum Vermögen oder Reservefonds haben betragen: bei der reichsgesetzlichen Krankenversicherung 1902: 183,3 Mill. Mark (1903: 199.9), bei der der Knappschaftskassen und -Vereine 19.4 (1903: 19,4), Unfallversicherung 124.8 (1903: 136.8), Invalidenversicherung 94.5 (106.1), Reichszuschuß zur Invalidenversicherung 37.8 (41.9): zusammen Ausgaben 1902: 459,8, 1903: 504.1 Mill. Mark. Die Vermögensbildung betrug bei der reichsges. Krankenversicherung 10.4 (7.0), der der Knappschaftskassen und -Vereine 2.3 (2.3?), Unfallversicherung 14.2 (15.5), Invaliden-

versicherung 78,3 (76,8); zusammen Vermögensbildung 1902: 105,2 Mill. Mark, 1903: 101,6 Mill. Mark. Die Gesamtaufbringung für die Arbeiterversicherung betrug also 1902: 565,0 Mill. Mark, 1903: 605,7 Mill. Mark. — Dazu kommen noch 1904 und 1905 mit steigenden Beträgen. Trotzdem zögere ich nicht, sehr bedeutende Neuausgaben für eine Weiterbildung der Versicherung zu empfehlen. Der leitende Gedanke der Weiterbildung sollte sein, daß der Arbeiter doch vor allen Dingen für seine Familie sorgen will und daß die soziale Versicherung ihm dieses erleichtern muß. Die bisherige Versicherungsgesetzgebung dachte hauptsächlich an den arbeitenden Mann, die arbeitende Frau. Das ist eine Halbheit; deshalb ist die jetzige Arbeiterversicherung eine unbefriedigende gigantische Halbheit. Aus der Familie regeneriert sich das Volk. An das Kind, an das Weib und die Notlagen der Familie aus Krankheit und Tod jener ist ebenso vorsehend, vorsorgend, durch Versicherung sichernd, zu denken. Die Leistungen der Versicherung sollten m. E. in folgenden Richtungen zwangsmäßig und allgemein ausgestaltet werden: In der Krankenversicherung: 1. durch Gewährung des Krankengeldes durchgängig auch für Sonn- und Feiertage, 2. durch Erhöhung des Prozentsatzes des Krankengeldes im Verhältnis zu der Zahl der Beitragsjahre; für jedes Beitragsjahr mehr $^1/_2$ Proz. des Lohnes mehr Krankengeld; ferner 3. durch allgemeine Einbeziehung der Ehefrauen und der im Haushalt des Kassenmitgliedes lebenden Kinder bis zu 15 Jahren in die Krankenunterstützung durch Gewährung von Arzt, Arznei und Heilmitteln, sowie von einem mäßigen Zuschuß bei deren etwa nötigen Aufnahme in ein Krankenhaus. 4. Unter die zulässigen Mehrleistungen der Kassen wäre die Gewährung der Krankenpflege und der Haushaltführung durch Krankenschwestern sowie die Gewährung von Wohnungsdesinfektion aufzunehmen. Die Erhöhung des Krankengeldes mit der Zahl der Beitragsjahre nützt wesentlich dem Familienvater, der Familienmutter. Wer mit 15 Jahren in die Krankenversicherung eintrat, wird mit 35 Jahren nun 60 Proz., mit 55 Jahren nun 70 Proz. statt bisher nur 50 Proz. des Lohnes als Krankengeld beziehen. Das kommt den Kindern, der Familie, zugute. In die Krankenversicherung gliedere ich die Mutterschaftsversicherung ein; sie besteht aus vier Leistungen: Unterstützung 1. der Schwangeren auf 6 Wochen und 2. der Wöchnerinnen auf weitere 6 Wochen in Höhe des Krankengeldes; 3. freie Gewährung der Hebeammendienste und der ärztlichen Behandlung der Schwangerschaftsbeschwerden; sowie ferner 4. von Stillprämien in Höhe von 25 Mark an die Mütter, welche nach 6 Monaten noch stillen und von weiteren 25 Mark an solche, die nach einem vollen Jahr noch stillen. In dem Umfange der künftigen Arbeiterversicherung mag auf etwa $1^1/_2$ Millionen Geburten jährlich gerechnet werden. Von den $1^1/_2$ Millionen Müttern mögen 800000 durch die Stillprämien und durch die auf das Bruststillen gerichteten, damit verbundenen Belehrungen veranlaßt werden, das Stillen ein halbes Jahr lang, mögen 400000 veranlaßt werden, es auf ein Jahr fortzusetzen. Die zu erwartende Wirkung wäre etwa folgende: Jetzt sterben von den Geborenen rund $^1/_5$ im ersten Lebensjahre. Durch die Schutzwirkung des Bruststillens werden aber mindestens 80 Proz. der Todesfälle erspart. Macht sich die Schutzwirkung für durchschnittlich 600000 Säuglinge geltend, so werden nun nicht mehr 120000 von diesen im ersten Lebensjahre sterben, sondern nur noch 24000. Es werden also durch die Stillprämien, verbunden mit besserer Schwangeren- und Wöchnerinnenfürsorge, jährlich mindestens 96000 Säuglinge mehr dem Leben erhalten bleiben. Die Wirkung der Stillprämien erstreckt sich aber weiter, als nur auf die Rettung gegen frühzeitigen Tod; das Bruststillen wirkt prophylaktisch, für

das ganze spätere Leben krankheitsverhütend. Hinsichtlich der Unfallversicherung ist deren sachliche Erweiterung zu einer Versicherung gegen Unfall und gegen Berufskrankheiten in der Art zu fordern, daß für gewisse durch Bundesratsbeschlüsse bestimmte Krankheiten, die bei den Mitgliedern gewisser Berufe auftreten, die betreffende Berufsgenossenschaft die Kosten zu tragen hätte, z. B. für Phosphornekrose der Zündholzarbeiter die Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie, für Schwindsucht der Steinmetzen die Baugewerks-Berufsgenossenschaften, für Quecksilbervergiftung der Spiegelbeleger die Glas-Berufsgenossenschaft, für Bleikrankheit der Setzer die Buchdrucker-Berufsgenossenschaft usw. Gerade weil man in der Krankenversicherung, die bisher im Grundgedanken nach beruflicher Gliederung aufgebaut war, um der unerträglichen Kassenzersplitterung ein Ende zu machen, die berufliche Gliederung der Versicherten ganz verlassen will, muß man nunmehr Sorge tragen, daß mit den klaren Fällen von Berufskrankheit diejenigen Berufe belastet werden, die sie verursacht haben. In der Invalidenversicherung halte ich eine Erhöhung der Invalidenrenten für recht wünschenswert. Sie reichen nicht zum Leben und erschweren das Sterben. Man hat im Interesse der Vereinfachung eine Vereinheitlichung des Satzes der Unfallrenten und der Invalidenrenten empfohlen. Sie ist unmöglich, so lange die Invalidenrenten nach der Äquivalenztheorie in dem Maße allmählich höher werden, wie der Versicherte Wochenbeiträge gezahlt (Marken geklebt) hat; denn eine Unfallentschädigung kann sich danach nicht richten, sondern nur nach der Höhe des entstandenen Schadens. Ich knüpfe die Bemessung der Invalidenrente an die Bemessung des Krankengeldes an. Für das Krankengeld schlug ich eine Erhöhung um $^1/_2$ Proz. des Lohnes für jedes hinzugetretene Beitragsjahr mehr vor, welche Erhöhung zu dem jetzigen Grundbetrage von 50 Proz. des Arbeitslohnes hinzutreten sollte. Wer 20 Jahre lang bereits Beiträge gezahlt hat, würde demnach ein Krankengeld von 60 Proz. seines Lohnes erhalten. Die Invalidenrente bemesse ich auf die Hälfte des Krankengeldes, also anfänglich auf 25 Proz. des Arbeitsverdienstes, dann ebenso mit den Jahren allmählich steigend, nach 20 Beitragsjahren also auf 30 Proz. Tritt ein Arbeiter mit 15 Jahren in die Versicherung ein und bleibt 50 Jahre aktiver Arbeiter, so würde er mit 65 Jahren als Krankengeld 75 Proz. des Lohnes, als Invalidenrente $37^1/_2$ Proz. erhalten. Für die äußerst zahlreichen Fälle der stark herabgesetzten Erwerbsfähigkeit möchte ich den Begriff der Halbinvalidität eingeführt sehen. Jetzt verführt Mitleid häufig, Ganzinvalidität zu attestieren, wo doch nur Halbinvalidität vorliegt. In der Altersversicherung tritt die wesentliche Abnahme der Arbeitskraft bewiesenermaßen nicht erst mit dem 70., sondern schon mit und vor dem 65. Lebensjahre ein. Ich lasse die Altersrente mit dem vollendeten 65. Lebensjahre eintreten. Hat doch auch das Pensionsgesetz der staatlichen Beamten als denjenigen Zeitpunkt, von dem an sie ihre Pensionierung ohne Nachweis der Dienstunfähigkeit verlangen dürfen, das vollendete 65. Lebensjahr angesetzt. Auch der österreichische Gesetzentwurf nimmt das 65. Lebensjahr für die Gewährung der Altersrente an. Für die Altersrente nehme ich die Hälfte der Invalidenrente an, stelle also die Altersgebrechlichkeit der Halbinvalidität gleich. Für den Fall, daß im Haushalt des Versicherten mehr als 2 Kinder unter 15 Jahren sich befinden, erhöhe ich die Halbinvaliden- und die Altersrente um $^1/_{16}$ des Krankengeldes für jedes weitere Kind, ohne etwaige Beschränkung bei höherer Kinderzahl. Diesen bestehenden Versicherungszweigen tritt in Zukunft nach dem Beschluß des Reichstages die Versicherung der Hinterbliebenen zur Versorgung der Witwen und

Waisen hinzu. Ich verstehe darunter Renten, die nach der Höhe des Krankengeldes bemessen sind, welches der Versicherte zu beanspruchen gehabt hätte, und zwar für die Witwenrente in Höhe von $^1/_8$ des Krankengeldes und für jedes Kind in Höhe von $^1/_{16}$ des Krankengeldes. Eine Witwe ohne Kinder würde also die Hälfte der Halbinvalidenpension des Mannes beziehen, mit einem Kind $^3/_4$ derselben, mit 2 und mehr Kindern gerade so viel als die Halbinvalidenrente nach obigem zu betragen hätte.

Für je 100 Mark durchschnittlichen Arbeitsverdienstes beträgt nach

	1	10	20	30	40	50
	-jähriger Versicherung:					
	M.	M.	M.	M.	M.	M.
1. das Krankengeld:						
a) auf das Jahr „berechnet“	50,00	55,00	60,00	65,00	70,00	75,00
b) für volle 26 Wochen	25,00	27,50	30,00	32,50	35,00	37,50
2. die Invalidenrente . .	25,00	27,50	30,00	32,50	35,00	37,50
3. die Halbinvalidenrente	12,50	13,75	15,00	16,25	17,50	18,75
4. Altersrente	12,50	13,75	15,00	16,25	17,50	18,75
Hinzutretend sowohl zu 3 als zu 4:						
5. für das dritte und jedes weitere Kind je .	3,125	3,4375	3,75	4,0625	4,375	4,6875
6. die Witwenrente . .	6,25	6,875	7,50	8,125	8,75	9,375
Hinzutretend zu 6:						
7. für jedes Kind . . .	3,1250	3,4375	3,75	4,0625	4,375	4,6875

Die Sätze für das Krankengeld, die Invaliden- und Altersrente sind höher als die nach dem gegenwärtig geltenden Gesetze sich ergebenden. Eine Berechnung der Höhe der hierfür erforderlichen Versicherungsbeiträge werde ich nachher geben. Neu fordere ich die Einführung der obligatorischen Beitragsversicherung, das ist die Bezahlung eines bestimmten Beitrages neben den anderen Versicherungsbeiträgen, damit den arbeitslos Gewordenen in der Zeit ihrer Arbeitslosigkeit die Zahlung der Versicherungsbeiträge für die vorgenannten Versicherungszweige abgenommen werden und ihnen ihre Ansprüche auf Unterstützung erhalten bleiben. Eine Berücksichtigung bei der Gruppierung der Lasten der Leistungen unter die verschiedenen Versicherungszweige sollte noch folgendes finden: Der Eintritt eines bestimmten Lebensalters für die Altersrente, der Eintritt von Tod, Verwitwung, Verwaisung und der Eintritt des bestimmten Lebensalters, mit dem die Waisenrente aufhört, das sind alles leicht beweisbare Ereignisse, deren Feststellung durch Geburts-, Toten- und Heiratsschein unschwer erfolgt und deren endgültige Behandlung nicht 31 Alters- und Hinterbliebenen-Versicherungsanstalten erheischt. Ein sehr entscheidender sachlicher Grund spricht für eine völlig einheitliche Zentralisierung der Lasten aus diesen zusammen gruppierten Versicherungsleistungen: der Altersrente, des Sterbegeldes und der Reliktenversicherung. Die Invaliden-, die Altersrentenlast, die Sterbegeldlast, die Verwitwungs- und Waisenlast muß beim Bestehen vieler territorial getrennter Anstalten eine sehr ungleiche Belastung der einzelnen Anstalten herbeiführen. Bekanntlich hat dieses schon den Anlaß gegeben zu der Schaffung des Gemein- und

[1]) Stat. Jahrb. 1905. S. 265.

des Sondervermögens bei den Invaliden- oder, wie sie früher hießen, Invaliden- und Altersversicherungsanstalten. Den großen privaten Lebensversicherungsanstalten fällt doch auch nicht ein, sich nach Provinzen zu zersplittern. Von den 12 Millionen Verwaltungskosten der 31 Versicherungsanstalten können bei Zentralisierung der 31 Anstalten die 6½ Millionen für die allgemeine Verwaltung fast durchweg fortfallen, und es ist wahrscheinlich, daß der Rest von 5½ Millionen, der jetzt für Beitragserhebung und Kontrolle, Kosten für das Verfahren bei Gewährung und bei Entziehung von Renten, für Rentenstellen, Schiedsgerichte, Beschwerdeverfahren, Rechtshilfe u. a. m. aufgewendet wird, auch noch zu einem guten Teile in der neuen Organisation ersparbar wäre. Aus der jetzigen Krankenversicherung habe ich also das Sterbegeld herausgenommen und zu der zentralisierten Alters-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung gelegt. Umgekehrt nehme ich die Lasten für vorbeugende Heilbehandlung und Halbinvalidität zur Krankenversicherung und beteilige an diesen die Alters-, Invaliden- und Reliktenversicherung nicht. Es erscheint widersinnig, daß die Krankenversicherung für die ersten 13 Wochen der Unfälle aufzukommen habe. Es ist doch das Natürliche, daß die Unfallversicherung alle Folgen des Unfalls zu decken hat. Da es sich dabei um schleunige Fälle handelt, kann die Aufnahme der Behandlung nicht von den fernen Berufsgenossenschaften in die Hand genommen werden; das muß, wie jetzt, denjenigen Organen verbleiben, denen die Krankenbesorgung obliegt. Aber alle Kosten dafür sollten die letzteren wiedererstattet erhalten. Sie betragen mindestens ⅛ der Ausgaben der Krankenkassen für die erwerbsunfähigen und erwerbsfähigen Kranken. Ich lasse die vorhandenen Berufsgenossenschaften weiter bestehen. **Lohmar**, Berufsgenossenschafts-Geschäftsführer, will in seiner Schrift „Über Reform und Vereinheitlichung unserer Arbeiterversicherung" die Berufsgenossenschaften ganz beseitigen, alle Betriebe, gefährliche und ungefährliche, gleich hoch belasten. Er empfiehlt **Freunds** Vorschlag einer Dreiteilung der Kosten der gesamten Arbeiterversicherung zwischen Arbeitgebern, Versicherten und Reich, und meint, daß bei Vereinheitlichung der Arbeiterversicherung auf sozialer Grundlage die nachweislichen Vorzüge der berufsgenossenschaftlichen Unfallverhütung durch eine nach Betriebsarten spezialisierende Ausgestaltung des Instituts der staatlichen Gewerbeaufsichtsbeamten doch aufrecht erhalten werden können. Hier scheint mir aber ein bedeutendes hygienisches Interesse in unzulässiger Weise dem Vereinfachungsgedanken geopfert zu werden. Machen wir uns zunächst klar, welche unheilvolle Rolle die Betriebsunfälle der Arbeiterschaft überhaupt (nicht nur der gewerblichen) in unserem Volksleben spielen. In den 14 Jahren von 1890 bis 1904 betrug die Zahl aller Verletzten, für welche Unfallanzeigen erstattet wurden,[1] 5052410. Für die Anfangsjahre 1886 bis 1889 liegen keine Angaben vor. Nach mäßiger Schätzung mag man für sie 350000 Unfälle zuschlagen, so daß man auf rund 5,4 Millionen Verletzte in 18 Jahren kommt. Sie gingen fast alle durch die Krankenkassen, sei es in ambulanter Behandlung, sei es als Krankheitsfällen mit Erwerbsunfähigkeit.

Zur Entschädigung durch die Unfallversicherung gelangt nur ein Teil der Verletzten, im Laufe der 18 Jahre nämlich nur 1279902 Verletzte.[1] Von diesen mehr als 1¼ Millionen Verletzten wurden getötet 114770[2], waren dauernd teil-

[1]) Stat. Jahrb. 1905, S. 268 „Verletzte in versicherungspflichtigen Betrieben", für welche bei entschädigungspflichtigen Unfällen Entschädigungen gezahlt sind.

[2]) Im Deutsch-Französischen Kriege 1870/71 betrug der Gesamtverlust der

weise erwerbsunfähig 645180 und vorübergehend erwerbsunfähig 485057 Verletzte. Der Bestand an Unfallrentnern betrug Ende 1903 etwa 700000 Personen auf damals rund 59 Millionen Einwohner, oder 1,2 Unfallrentner auf 100 Einwohner. Diesen großen Schäden entsprechen große Lasten der Berufsgenossenschaften und das Bestreben, die Geldlast zu vermindern, wird sich umsetzen in das Bestreben, Unfälle möglichst zu verhüten. Die Arbeit auf dem Felde der Unfallverhütung wird intensiver und erfolgreicher sein in den Händen der Berufsgenossenschaften, die sich durch intimste technische Kenntnis ihrer Betriebe auszeichnen und die durch das finanzielle Eigeninteresse immer wieder angespornt werden, neue Vorkehrungen gegen Unfälle zu treffen durch Erlaß von Vorschriften, Beaufsichtigung der Betriebe und Veranlassung neuer Erfindungen. Eine gleich hohe Prämie für alle Betriebe, wie sie Lohmar betriebs-kommunistisch vorschlägt, hat auch gegen sich, daß die Differenzierung der Unfallgefahr eine recht beträchtliche ist. Ich lasse die 66 gewerblichen Berufsgenossenschaften bestehen und gebe ihnen einen Zentralausschuß, von dem gewisse Rechte auszuüben sind. Die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften gliedere ich dem lokalen Unterbau der sozialen Versicherung, den ich „Versicherungsbezirkskasse" nenne, an. Von jeder Bezirkskasse lasse ich weiter mitverwalten je eine Genossenschaft der Dienstherrschaften, damit auch die Dienstboten gegen Unfall versichert werden. Der Herr Staatssekretär sagte in der bereits angeführten Rede ferner, es müsse eine Aufgabe der Zukunft sein, die drei großen Versicherungsgesellschaften in eine einheitliche Form zusammenzufassen; er glaube, daß die Entwicklung dahin gehen müsse, daß man einen Unterbau unter berufsmäßiger Leitung schaffe, der die sozialpolitische Gesetzgebung innerhalb beschränkter Verwaltungsbezirke in erster Instanz auszuführen habe, der alle Anträge auf ihren sachlichen Inhalt prüft, die Einziehung der Beiträge leitet, die Rentenempfänger überwacht, das Heilverfahren anordne und die Zahlung der Renten veranlaßt. Eine der wichtigsten Fragen ist, für welchen Bezirk der lokale Unterbau gelten soll. Für die Abgrenzung des Bezirks hat Bödicker den Kreis, Hahn den Landgerichtsbezirk empfohlen. Ich würde die sogenannten größeren Verwaltungsbezirke, deren es 86 in Deutschland gibt, vorziehen. Die durchschnittliche Mitgliederzahl einer Versicherungsbezirkskasse wird außer von dem Umfange des Bezirks, von dem Kreis der in die Versicherung Einbezogenen abhängen. Man hat wiederholt ausgesprochen, die größte Bequemlichkeit und Vereinfachung der Verwaltung werde erreicht, wenn sich die Kreise der Unfallversicherten, der Krankheitsversicherten und der Alters- und Invalidenversicherten vollständig deckten. M. H. Das ist doch gar nicht möglich. Die Unfallversicherung gilt nur für Erwerbstätige. Diejenigen aber, welche bei ihrem Austritt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung die Kranken- und Invaliditätsversicherung freiwillig fortsetzen, haben keinen Grund, der Unfallversicherung weiter anzugehören. Die beiden Kreise der Krankenversicherung und der Alters- und Invalidenversicherung zur vollständigen Gleichheit zu bringen, hat gar kein Bedenken; denn wer der Krankenversicherung bedürftig ist, ist auch der Alters- und Invalidenversicherung bedürftig. Wer unfallversichert ist mag auch kranken- und invalidenversichert sein. Dabei liegt aber eine Schwierigkeit vor, nämlich der Einspruch der Ärzteschaft gegen die Überschreitung der 2000 Mark-Lohngrenze. In die Unfallversicherung sind außer der Arbeiterschaft

---

Deutschen an Toten 40743; im Russisch-Japanischen der Verlust der Japaner an Toten 80378.

auch ein großer Teil der kleinen Unternehmer teils auf dem Wege der freiwilligen Versicherung, teils durch Statutenbestimmung obligatorisch als Versicherte einbezogen worden und zwar Betriebsunternehmer, deren Jahresarbeitsverdienst 3000 Mark nicht übersteigt, aber auch Betriebsbeamte mit einem 3000 Mark übersteigenden Jahresarbeitsverdienst. Gegen die Krankenversicherung dieser erhebt nun die Ärzteschaft Einspruch.

Der Einwand der Ärzteschaft läßt sich bei einem System der Pauschalierung des Honorars dadurch beseitigen, daß bei der Bestimmung des Pauschales für die gesamten ärztlichen Leistungen nicht die Kopfzahl der Mitglieder der Bezirkskasse das einzig maßgebende ist, sondern das Pauschale nach einer Formel bestimmt wird, in welche auch der Arbeitsverdienst der Versicherten als bestimmender Faktor eintritt. Eine solche Formel, geltend für die ärztliche Tätigkeit für die einheitlich organisierte Versicherung überhaupt, im besonderen bei der Krankenversicherung auch einschließlich der Familienbehandlung, könnte z. B. die Form haben, 4 Mark pro Kopf jedes Mitgliedes und 4 Mark pro Mille des Lohnfonds der Gesamtheit aller Mitglieder; sie wäre auch leicht anzuwenden, da man sowohl die Mitgliederzahl als auch die Gesamthöhe des Arbeitseinkommens aller Versicherten durch die nach Lohnprozenten bezahlten Versicherungsbeiträge kennt. Ich rechne neben 19,6 Millionen Familienangehörige auf 20 Millionen Versicherte mit einem Lohnfonds von 14 Milliarden Mark. Hiernach würde die Ärzteschaft aus der gesamten sozialen Versicherung ein Einkommen von 136 Millionen Mark jährlich ziehen. Bei meiner Formel 4 Mark pro Kopf und 4 Mark pro Mille des Arbeitsverdienstes können sowohl die Ärzte als auch die soziale Versicherung bestehen. Die Beiträge lasse ich zahlen: halb und halb von Arbeitgebern und Arbeitnehmern bei der industriellen und land- und forstwirtschaftlichen Arbeiterschaft, halb und halb von den Dienstboten und den Dienstherren, ganz von den freiwilligen Mitgliedern. Ganz lege ich die Beiträge dem Arbeitgeber auf für die Arbeiterschaft besonders krankheitsgefährdeter Betriebe, für welche jetzt der Zwang zur Errichtung einer Fabrikkrankenkasse besteht; diese lasse ich außerdem eine besondere Gefahrengemeinschaft bilden. Ganz lege ich die Beiträge ferner auf den Arbeitgebern für die Heimarbeiter und Hausgewerbetreibenden, und lasse auch diese Gruppe eine besondere Gefahrengemeinschaft bilden. Der Vorstand möge, abgesehen von seinem Vorsitzenden, aus 48 Personen, davon 24 Arbeitnehmern und 15 Arbeitgebern bestehen. Dazu mögen kommen: 2 Vertreter der zentralisierten Alters-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, nämlich ein Arzt und ein Geschäftsführer, und als Vertreter oer Unfallversicherung 2 von dem zentralen Ausschuß der Berufsgenossenschaften Gewählte, nämlich ein Arzt und ein Geschäftsführer; dazu kommen je 1 Vertreter der Ärztekammer, der Handelskammer und der Handwerkskammer, 1 Vertreter der Gewerbeaufsicht und 1 Vertreter der Städte und Gemeinden des Bezirks. Diese 48 Vorstandsmitglieder wählen als 49. einen Vorsitzenden, dessen Wahl der staatlichen Bestätigung unterliegt. Als Ersatz der Auslagen wird ein jährliches Pauschale von 300 Mark gewährt. Somit beziehen die 48 Vorstandsmitglieder doch immer erst ein Entgelt von 14400 Mark. Der Vorsitzende wird berufsmäßig seine ganze Tätigkeit seiner Stellung widmen und demgemäß entsprechendes festes Gehalt beziehen müssen. Oben war gesagt, daß die Behandlung der verschiedenen Versicherungszweige in eine Hand gelegt werden müsse. Nach den eben gegebenen Darlegungen ist es möglich, nur abgesehen von denjenigen Fällen, welche über das Schiedsgericht gehen, alle Entschädigungsfälle und alle

verschiedene Arten der Versicherungszweige nicht nur zum vorläufigen Bescheide, sondern zur endgültigen Entscheidung in der Bezirkskasse zu bringen; nur mit ihr hat der Versicherte, sei er krank, unfallverletzt, invalide, Witwe, Waise geworden, zu tun, wieder abgesehen von den an das Schiedsgericht gebrachten Fällen. Trotzdem ist die Bezirkskasse endgültig belastet nur mit der erweiterten Krankenversicherung. Die Last für die Vollinvalidenrenten, das Sterbegeld, Alters-, Witwen- und Waisenrente wird ganz von der Gemeinsamkeit aller 86 Betriebskassen unter Vermittlung der zentralen Rechnungsstelle getragen. Alle Unfallfolgen, d. h. Krankheitsbehandlung, Heilbehandlung zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, Unfallrenten, Unfallsterbegelder, Unfall-Witwen- und -Waisenrenten werden ganz von den betreffenden Berufsgenossenschaften getragen. Selbstverständlich fließen ihnen die entsprechenden eingesammelten Beiträge zu. Bis hierher hat sich uns folgendes Organisationsbild ergeben: Die ganze Mitgliederschaft eingereiht in 86 Bezirkskassen; für Streitfälle 86 Schiedsgerichte; als höchste Instanz für die Streitfälle das Reichsversicherungsamt. Von den 86 Bezirkskassen fließen die Unfallversicherungseinnahmen den verschiedenen Berufsgenossenschaften zu. Die bestehenden 66 gewerblichen Berufsgenossenschaften bestehen weiter. Die 48 bestehenden landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften werden aufgelöst und von jeder der 86 Bezirkskassen eine landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft mitverwaltet; ebenso werden mitverwaltet von ihr eine Berufsgenosenschaft der Dienstherrschaften und etwaige Berufsgenossenschaften solcher vom Bundesrat bestimmten Gewerbe und Berufe, die wegen der Kleinheit und der territorialen Zerstreuung ihrer Betriebe sich schwer zentral verwalten lassen. Von allen Berufsgenossenschaften wird ein Zentralausschuß mit ständigem Bureau und Rechnungsstelle gebildet. Diesem Ausschuß liegt ob: die Ernennung von 2 Vorstandsmitgliedern bei jeder Bezirkskasse zur Wahrnehmung der berufsgenossenschaftlichen Interessen; die Verwaltung der berufsgenossenschaftlichen Zentralrechnungsstelle; die Ernennung von Revisoren der Buch- und Kassenführung der Bezirkskassen; die Einberufung von Genossenschaftstagen der verschiedenen Berufsgenossenschaften, der gewerblichen, der landwirtschaftlichen, oder dienstherrschaftlichen usw. Die Rechnungsstelle bei dem Reichsversicherungsamt, die jetzt die Verteilung von Gemein- und Sondervermögen der Versicherungsanstalten herbeiführt, übernimmt die erweiterte Aufgabe der Ausgleichsrechnungen zwischen den 86 Bezirkskassen hinsichtlich der Invalidenrenten, Altersrenten, Sterbegelder und Witwen- und Waisenrenten.

Als dritte Zentralorganisation sehe ich einen ständigen Ausschuß der Bezirkskassen und die Einberufung von Bezirkskassentagen vor, nicht nur zum Austausch von Erfahrungen und zur Weiter- und Durchbildung der Einrichtungen der Bezirkskassen, sondern auch zur Wahrnehmung sehr realer gemeinsamer Interessen. Während jetzt nur am Sitz der Krankenkasse ein Vertrauensarzt als Oberarzt wirkt, nehme ich außer diesem Vertrauensoberarzt mehrere Vertrauensärzte in den verschiedenen Kreisen und Städten des Regierungsbezirks an. Diesen Vertrauensärzten sind außer den Krankenbesuchern auch die Krankenschwestern, Gemeindeschwestern, Krankenkostküchen, Desinfektoren, kurz der vorhandene hygienische Personalapparat, unterstellt.

Zeitschriftenübersicht.

Ärztliche Sachverständigen-Zeitung. 1906. Nr. 9: Eisenstadt, Selbstverwaltung und Gutachterkommissionen in der Arbeiterversicherung. — Nr. 10: Tetzner, Ist Morbus Basedowii, auf dem Boden einer Unfallhysterie entstanden, als Unfallfolge zu betrachten? — Nr. 11: E. Joseph, Zur Frage der Kommunalisierung des Rettungswesens. — Nr. 12: Herzfeld, Rheumatische Erkrankungen der Eisenbahnbediensteten.

Medizinische Reform. 1906. Nr. 18 u. 19: v. Golz, Die Einleitung des Heilverfahrens bei Versicherten, seine Grundprinzipien und Ergebnisse. — Nr. 20: E. Angéron, Über chronische Magenleiden als Berufskrankheiten und die Errichtung von Magenheilstätten. — Nr. 21: H. Brat, Berufskrankheit und Unfall. — Nr. 22: M. Cohn, Schule und Volksgesundheit. — Nr. 23: K. Hundeshagen, Zur Reformbedürftigkeit der Arbeiterversicherung, insbesondere der Invaliditätsversicherung. — Nr. 24: R. Lennhoff, Krankenversicherung und Arbeitslosenversicherung. — Nr. 25: R. Lennhoff, Unfall und Invaliditätsbegutachtung; S. Rosenfeld, Zur Hygiene der Krankenkassen.

Medizinische Klinik. 1906. Nr. 15: E. Metschnikoff, Über Syphilisprophylaxe; H. Sarafidi, Die Kurpfuscherei in Rumänien; M. Neumann, Bemerkungen zu dem Aufsatze des Herrn Dr. Wernicke: Die gegenwärtige Entwicklung des Volksnervenheilstättenwesens in Deutschland in Nr. 11 dieses Blattes. — Nr. 17: H. Gerhartz, Städtische Auskunftsstellen für den öffentlichen Rettungsdienst. — Nr. 19: E. Kurz, Soziale Hygiene. — Nr. 20: E. Kurz, Soziale Hygiene; B. Laquer, Über die Aufgaben der Vereinigung gegen den Mißbrauch geistiger Getränke.

Archiv für Rassen- und Gesellschafts-Biologie. 1906. Nr. 3: H. Westergaard, Zur Bevölkerungsfrage in der Neuzeit; P. Näcke, Zur angeblichen Entartung der romanischen Völker, speziell Frankreichs.

Politisch-Anthropologische Revue. 1906. Nr. 1: L. Woltmann, Begrift und Aufgaben der Soziologie; G. Lomer, Die Beziehungen von Selbstmord und Geisteskrankheit zur Rasse; L. Wilser, Züchtungsstaat und Züchtungspolitik. — Nr. 2: P. Näcke, Zur Methodik der folklorististischen Forschung. — Nr. 3: H. Fehlinger, Untersuchungen über die körperliche Entartung des britischen Volkes; K. Schmidh, Gedanken zur Sexualpolitik; Mensinga, Männliche und weibliche Geschlechtsleistung.

Zeitschrift für Samariter- und Rettungswesen. 1906. Nr. 11: W. Kühn, Binden und Bandagen früherer Jahrhunderte.

Deutsche Krankenkassen Zeitung. 1906. Nr. 13: Die Verschickung Lungenkranker nach Südafrika. — Nr. 14: Keine Verjährung der Unfallrentenansprüche. — Nr. 15: Eine erneute Absage an die „Gesellschaft für Arbeiterversicherung“. — Nr. 16: Brauchen wir „geprüfte“ Kassenbeamte? — Nr. 17 J. Fräßdorf, Zur Frage der Prüfung von Kassenbeamten.

Die Arbeiter-Versorgung. 1906. Nr. 13: Die Erteilung der Vollstreckungsklausel bei Ausstandsverzeichnissen der Berufsgenossenschaften in Bayern; Das Recht der Frau aus § 42 des I.V.G. — Nr. 14: Unfallrente und Haftpflichtrecht; F. Kleeis, Die Handhabung des § 34 I.V.G. im Einzugsverfahren. — Nr. 15: Hahn, Zum Verhältnis gleichzeitiger Ansprüche des Verletzten gegen Berufsgenossenschaft und Krankenkasse; G. Israel, Zur Änderung der Arbeiterversicherungsgesetze. — Nr. 16: C. Leicht, Das Einzugsverfahren bei der Thüringi-

schen Landesversicherungsanstalt; M. Wagner, Die Versicherung der Privatbeamten in Österreich. — Nr. 17: Hahn, Können Streitigkeiten zwischen Ortskrankenkassen über den Beschäftigungsort nach § 57 b K.V.G. entschieden werden? H. Korkisch, Das österreichische Programm für die Reform der Arbeiterversicherung.

Volkstümliche Zeitschrift für praktische Arbeiterversicherung. 1906. Nr. 9: Fuld, Das Hilfskassengesetz; G. Hoch, Die Krankenversicherung im Jahre 1903. — Nr. 10: Olshausen, Nochmals der Anspruch auf Erstattung der Kosten des Heilverfahrens; G. Hoch, Die Krankenversicherung im Jahre 1903. — Nr. 11: H. Fehlinger, Fortschritte der Arbeitslosenversicherung im Auslande; G. Hoch, Die Krankenversicherung im Jahre 1903. — Nr. 12: Besser, Das Einzugsverfahren im Königreich Sachsen; F. Kleeis, Die Krankenversicherung im Königreich Sachsen im Jahre 1905.

Kommunale Praxis. 1906. Nr. 20: B. Adelung, Landeswohnungsinspektion in Hessen. — Nr. 22: Heyden, Aus den Berichten der Arbeitersekretariate.

Soziale Kultur. 1906. Nr. 1: A. Weber, Die moderne Großstadt als soziales und kulturelles Problem. — Nr. 3: J. Weydmann, Systematische Reform einer städtischen Armenpflege. — Nr. 5: F. Imle, Die Bedeutung der hauswirtschaftlichen Ausbildung der Arbeiterfrauen für die Arbeiterbewegung. — Nr. 6: M. Pützkaul, Die letzte Fleischteuerung, ihre Ursachen und Mittel zur Abhilfe.

Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. 1906. Nr. 1: Windelband, Über Norm und Normalitäten; Hopff, Der Mädchenhandel, insbesondere in seinen Beziehungen zu Deutschland; Zinßer, Die Prostitutionsverhältnisse der Stadt Köln. — Nr. 2: Longard, Die geminderte Zurechnungsfähigkeit. — Nr. 3: Wilmanns, Heimweh oder impulsives Irre sein.

Außerdem sind folgende Druckschriften eingegangen:

Volkswohlfahrt und Volksgeselligkeit nach den Erfahrungen des Dresdener Vereins Volkswohl. Hrsg. vom Verein Volkswohl. Dresden 1906. O. V. Böhmert (2.00 M.). — Handbuch für Wohltätigkeit und Wohlfahrtspflege in Dresden. Hrsg. von der Böhmertschen Volkswohlstiftung. Dresden 1906. O. V. Böhmert (3.00 M.). — VII. Bericht des Landes-Samariter-Verbandes für das Königreich Sachsen 1902—1905. — Erster Bericht des Vereins für Krankenfürsorgestellen und Walderholungsstätten 1904 u. 1905. München. — Bericht der Kommission für Arbeiterhygiene und -statistik der Abteilung für freie Arztwahl 1904—1906. Hrsg. von Dr. M. Epstein. München. Seitz u. Schauer. — J. B. Cathomas, Die Hygiene des Magens. St. Gallen 1906. Scheitlin (L. Kirschner-Engler) (1.20 M.). — A. Burkhardt, Über Häufigkeit und Ursache menschlicher Tuberkulose auf Grund von ca. 1400 Sektionen. Sonderabdr. aus Ztschr. f. Hyg. u. Infekt. XXXV. — Soweit die eingesandten Publikationen aus Platzmangel in der „Zeitschrift für Soziale Medizin“ nicht besprochen werden können, werden sie im „Jahresbericht über Soziale Hygiene, hrsg. von A. Grotjahn u. F. Kriegel“, der alljährlich im Juli erscheint, eine Besprechung finden. Daselbst vgl. auch Chronik, Kongresse, Gesetzestafel und vollständige Bibliographie der Sozialen Hygiene und der Sozialen Medizin.

Umschau.

Berlin, den 1. Oktober 1906.

Die Soziale Medizin ist auf den Kongressen [1]) und Tagungen, die der Sommer so zahlreich mit sich führte, nicht leer ausgegangen. Besonders häufig und wohlwollend wurde ihrer auf dem Deutschen Ärztetag, der am 22. u. 23. Juni in Halle a. S. stattfand, gedacht. Erfreulicherweise geht aus den Verhandlungsberichten hervor, daß die Redner, die den Ausdruck „Soziale Medizin“ brauchten, ihn nicht mehr, wie es früher häufig geschah, als synonym für „Standesangelegenheiten“ anwandten. Demnach scheinen auch die weiteren ärztlichen Kreise endlich der Sozialen Medizin einen objektiven, von dem doch höchst subjektiven Interessenstandpunkt des ärztlichen Standes unabhängigen Charakter beizumessen. Hoffen wir, daß sich nun auch in Zukunft mehr Ärzte in den Dienst dieser objektiven sozialmedizinischen Betätigung stellen. Die moderne Entwicklung sowohl des ärztlichen Standes wie der Sozialpolitik im allgemeinen machen den Ärzten eine derartige Betätigung zur Pflicht, damit ein Äquivalent geschaffen werde für den selbstlosen und barmherzigen Dienst an unbemittelten Kranken, der den alten Ärzten als officium nobile galt, für unsere Generation aber obsolet geworden ist.

Auch die Jahresversammlung des Zentralverbandes der deutschen Ortskrankenkassen hat am 20. August in Düsseldorf einen Beschluß gezeitigt, der im Hinblick auf die bevorstehende Reform der Versicherungsgesetzgebung von Bedeutung sein könnte. Die Versammlung faßte nämlich eine Resolution, daß sie zwar nach wie

---

[1]) Ueber die Verhandlungen des Internationalen Kongresses für Gewerbekrankheiten in Mailand siehe ausführlichen Bericht in diesem Heft.

vor gemäß der Forderung des Leipziger Krankenkassenkongresses vom 25. Januar 1904 für geboten erachte, daß die Ärzte zur ärztlichen Hilfeleistung verpflichtet werden müssen, fügte aber dieser Resolution folgende wichtige Erklärung bei: „Da jedoch von der großen Majorität der Ärzteschaft die Forderung auf Kurierzwang für Kassenkranke als Eingriff in die Gewerbefreiheit bekämpft wird, erklärt die Jahresversammlung der Ortskrankenkassen es als Konsequenz der Ablehnung des Kurierzwanges, daß bei einer Neuordnung des Arbeiterversicherungswesens die Organe der Krankenversicherung von der Gewährung freier ärztlicher Behandlung und freier Arznei entbunden werden. Diese früher bei den Hilfskassen bestehende Regelung hat sich bei diesen bewährt. Die für die Krankenversicherung erforderliche Aufsicht ist durch Ausbau des Institutes der Vertrauensärzte und durchgreifende Krankenkontrolle durchzuführen. Die von der Ärzteschaft verlangte freie Arztwahl kommt in vollendeter Form zur Durchführung, die Differenzen zwischen den Kassen, Ärzten und Aufsichtsbehörden verlieren ihre Unterlage.“ Diese Erklärung ist insofern von einer außerordentlichen Tragweite, als sie zeigt, daß den Krankenkassen die gesetzliche Gewährung von Arznei und Arzt nicht so am Herzen liegt, als man bisher geglaubt hatte und man bei einer Reform des Krankenversicherungsgesetzes die jetzt bestehende Verschwendung von Arzneimitteln und ärztlicher Betätigung in Einverständnis mit den Kassen zu beseitigen vermag. Würde man die Gewährung von ärztlicher Hilfe bei Bagatellsachen und den freien Bezug für Arzneimittel den Kassen nur als fakultative Leistung auferlegen und ihnen zugleich zur Pflicht machen, bei Gewährung der ärztlichen Hilfe sich des Systems der freien Arztwahl zu bedienen, so würde man in der Tat mit einem Schlage den weder historisch noch sachlich gerechtfertigten, beide Teile maßlos erbitternden Konflikt zwischen Ärzten und Krankenkassen beseitigen und endlich die ersehnte Möglichkeit schaffen, die beiden kriegführenden Teile zu einem gemeinsamen Vorgehen in der Behandlung sozialmedizinischer und sozialhygienischer Aufgaben zu vereinigen. Auch eine finanzielle Sanierung der Krankenkassen würde der Verzicht auf die uferlose Gewährung von Arzt und Arzneimittel mit sich führen, so daß auch die Familienversicherung auf gesetzlicher Grundlage und obligatorisch durchgeführt werden könnte.

Vom 10.—15. September tagten in Berlin gleichzeitig die internationalen Kongresse für Versicherungswissenschaft und Versicherungsmedizin. Da Deutschland zwar auf dem Gebiete des

sozialen Versicherungswesens führend ist, das private Versicherungswesen aber die Domäne der Länder angelsächsischer Zunge bildet, mußte es als ein Wagnis erscheinen, internationale Kongresse, auf denen eben diese private Versicherung in erster Linie zur Verhandlung stand, in Berlin abzuhalten. Daß dieses Wagnis so glücklich gelungen ist, dürfte vornehmlich den großen Anstrengungen des Deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft und der Rührigkeit seines Generalsekretärs A. Manes zu verdanken sein. Der Kongreß für Versicherungsmedizin erreichte den Höhepunkt seiner Bedeutung am ersten Sitzungstage, als die Vorträge von F. Martius, A. Gottstein und G. Florschütz, die das Vorhandensein einer Veranlagung zur Tuberkulose zum Gegenstand hatten, harmonisch zusammenklangen zu einem energischen Protest gegen die heute noch beliebte Vernachlässigung der konstituionellen Anlage als bestimmenden Faktor in der Ätiologie der Lungentuberkulose und der Infektionskrankheiten überhaupt. Die Versicherungsärzte haben sich ja selbst in der Zeit der ausschließlichen Herrschaft der — wie Martius es einmal genannt hat — orthodoxen Bakteriologie nicht davon abhalten lassen, die Körperkonstitution als den wichtigsten Anhaltspunkt für die Beurteilung der menschlichen Lebensdauer und der Widerstandsfähigkeit gegenüber konsumptiven Krankheiten wie Lungentuberkulose anzusehen. Es wird von weittragender Bedeutung auch für die allgemeine Pathologie sein, daß in den oben erwähnten drei Vorträgen dieser Standpunkt so präzise zu einer Zeit zur Geltung kam, in der man sich von allen Seiten rüstet, in der Pathologie und in der Hygiene die Prätentionen der Bakteriologen auf das sachlich zu verantwortende Maß zurückzuführen. Aber auch die Soziale Medizin hat ein Interesse daran, daß die medizinische Wissenschaft sich dem Konstitutionsbegriff wieder mit erhöhtem Eifer zuwendet, da der Einfluß des sozialen Milieus aus dem Ursachenkomplex der Krankheiten nur dann mit einiger Sicherheit herausgeschält werden kann, wenn die Variabilität der Körperkonstitution bekannt ist. Auch pflegen ungünstige soziale Verhältnisse in der Regel erst auf indirektem Wege verhängnisvoll zu wirken, indem sie nämlich durch das Medium der Untergrabung der Körperkonstitution zur Geltung kommen. Von umfassenden Untersuchungen über Entstehung, Veränderung und Vererbung der Konstitution werden daher die jungen, noch tastenden Disziplinen der Sozialen Medizin und der Sozialen Hygiene den größten Nutzen ziehen. Die beachtenswerte Kundgebung zugunsten einer Konstitutionspathologie, die die

oben erwähnten drei Vorträge darstellen, wird hoffentlich zu solchen Untersuchungen anregen. Die folgenden Verhandlungen des Kongresses für Versicherungsmedizin erhoben sich zwar nicht mehr zu einer ähnlichen prinzipiellen Höhe, boten aber besonders auf kasuistischem Gebiete viel Interessantes. Ein eigenartiges Gepräge erwuchs diesen Verhandlungen dadurch, daß sie deutlich machten, wie sehr und zugleich wie günstig die soziale Versicherungsgesetzgebung die versicherungsärztliche Praxis auch des privaten Versicherungswesens beeinflußt hat.

Auf Veranlassung des Reichsamts des Innern werden noch im Laufe dieses Jahres bei allen preußischen Truppenteilen Erhebungen veranstaltet über den Einfluß, den Herkunft und Beschäftigung der Militärpflichtigen auf die Militärtauglichkeit ausüben. Die Erhebung erfolgt mit Hilfe einer Zählkarte, die für sämtliche Unteroffiziere und Mannschaften des aktiven Dienststandes nach dem Stand des 1. Dezember d. J. auszufüllen ist. Außer Vor- und Zunamen, Dienstgrad, Geburtsort, Stand oder Gewerbe des Militärpflichtigen wird dessen Größe, Brustmaß und Gewicht sowie Stand und Geburtsort des Vaters und der Geburtsort der Mutter festgestellt. Die Soziale Hygiene ist an einer Ausgestaltung der Tauglichkeitsstatistik erheblich interessiert. Denn diese ließe sich, da sie alljährlich ein stets der Beobachtung wieder zugängliches Bevölkerungssegment umfaßt, ohne große Schwierigkeiten zu einer Art physiologischem Kataster der heranwachsenden männlichen Jugend und Barometer der Volksgesundheit ausgestalten. Nur wäre vom sozialhygienischen Standpunkte wünschenswert, daß auch die als untauglich zurückgestellten Musterungspflichtigen in die statistische Aufnahme einbegriffen würden, damit wir fortlaufend über Ursachen der Untauglichkeit und ihre geographische Verschiedenheit unterrichtet würden. Billigerweise kann eine derartige vermehrte Arbeitsleistung den bei der Aushebung beschäftigten Militärärzten, an deren Arbeitskraft schon jetzt das Musterungsgeschäft die größten Anforderungen stellt, nicht zugemutet werden. Es würde sich daher empfehlen, ähnlich wie bei der Volkszählung den aushebenden Militärärzten freiwillige oder amtlich bestellte Helfer (Ärzte des Aushebungsbezirkes, Kreisärzte, Kreisassistenzärzte usw.) beizugesellen. Hygiene, Statistik, Anthropologie und Kriegswissenschaft haben jedenfalls ein gleich großes Interesse daran, daß die Tauglichkeitsstatistik aus ihrem gegenwärtig unbrauchbaren Zustande emporgehoben und sowohl in der Art ihrer Erhebung wie der ihrer Ver-

arbeitung zu einem brauchbaren wissenschaftlichen Hilfsmittel ausgestaltet wird. Das oben erwähnte Vorgehen des Reichsamtes des Innern ist jedenfalls ein vielversprechender Schritt auf dem Wege zu diesem Ziel.

Am 11. September starb in Breslau Hermann Cohn, der Hygieniker unter den Augenärzten, im 67. Lebensjahre. Die meisten und besten der 260 Publikationen des Unermüdlichen sind der Hygiene des Auges gewidmet. Vom Standpunkte der Sozialen Hygiene hat H. Cohn die besondere Bedeutung, daß er zuerst Massenuntersuchungen im großen und größten Stile vornahm und damit eine fruchtbare Methode lehrte, um die sozialen Zustände in die Ätiologie krankhafter Erscheinungen einzubeziehen. Klassisch hierfür sind seine „Untersuchungen der Augen von 10060 Schulkindern nebst Vorschlägen zur Verbesserung der den Augen nachteiligen Schuleinrichtungen“ aus dem Jahre 1867. Derartige Massenuntersuchungen sind von ihm, seinen Schülern und Nachahmern später noch häufig angestellt werden. Sie sind es, die H. Cohn nicht nur eine bedeutende Stellung in der Augenhygiene des 19. Jahrhunderts, sondern auch in der allgemeinen Sozialen Hygiene sichern.

A. Grotjahn.

Das preußische Gesetz, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 28. August 1905

unter Berücksichtigung des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900.

Von Dr. Franz Nesemann,
Regierungs- und Medizinalrat in Berlin.

(Schluß.)

Wenn es sich um einen erwachsenen an Diphtherie oder Scharlach oder einer anderen übertragbaren (preuß. Ges.) oder gemeingefährlichen (Reichsges.) Krankheit leidenden Kranken handelt, so kann seine Unterbringung in ein Krankenhaus usw. angeordnet werden, falls (Reichsges. § 14 und preuß. Ges. § 8) in der Behausung des Kranken die nach dem Gutachten des beamteten Arztes zum Zwecke der Absonderung notwendigen Einrichtungen nicht getroffen werden und der beamtete Arzt es für unerläßlich erklärt. Doch auch hier hat eine Mitwirkung des behandelnden Arztes stattzufinden, da die Überführung des Kranken nur stattfinden darf, sobald er sie ohne Schädigung des Kranken für zulässig hält.

In welcher Weise die Absonderung zu geschehen hat, ist in § 14 Abs. 2. des Reichsges. näher angegeben.

Kenntlichmachung der Wohnungen und Häuser.

Von weiteren Maßnahmen kann ferner zur Anwendung kommen Kenntlichmachung der Wohnungen und Häuser, in welchen Kranke sich befinden, bei Unterleibstyphus und Rückfallfieber. Diese Maßregel, welche auch mit Bezug auf die gemeingefährlichen Krankheiten (Reichsges. § 14 Abs. 4) zur Anwendung kommen kann und schon in dem Regulativ vom 8. August 1835 vorgesehen war, wird naturgemäß in ländlichen Verhältnissen leichter anwendbar und wirksamer sein als in großstädtischen. Verkehrsbeschränkungen

können für das berufsmäßige Pflegepersonal bei Diphtherie, Rückfallfieber, Scharlach und Typhus angeordnet werden, weil, wie in den Motiven ausgeführt wird, die Pflegepersonen in besonders häufige und nahe Berührung mit den Absonderungen der Kranken und den darin enthaltenen Krankheitskeimen kommen und erfahrungsgemäß sehr häufig selbst von der Krankheit ergriffen werden, wenn sie es an der erforderlichen Vorsicht fehlen lassen. Die Möglichkeit einer Verschleppung der Krankheit durch sie liegt ganz besonders dann vor, wenn sie bereits infiziert, aber noch nicht bettlägerig krank sind und in ihrer Berufstätigkeit möglicherweise von Haus zu Haus gehen (Gemeindeschwestern usw.). Wie weitgehend die Verkehrsbeschränkungen, deren Art in Ziffer V der Ausführungsbestimmungen zu § 8 angegeben wird, zu sein haben werden, bleibt dem Ermessen der Polizeibehörde überlassen und kann von Fall zu Fall, aber auch generell bestimmt werden.

Die Sonderbestimmung über die Beschränkung der Tätigkeit der Hebammen und Wochenpflegerinnen entspricht nur den heutigen Anschauungen über die Wege, auf welchen das Wochenbettfieber übertragen wird, und enthält mit Bezug auf die für die Hebammen schon früher geltenden Bestimmungen (s. § 59 der Dienstanweisung f. d. Kreisärzte vom 23. März 1901, M.Bl. f. Med. Ang. S. 2) nichts wesentlich Neues. Daß die Maßregeln auch auf die Wochenpflegerinnen ausgedehnt werden können, wird wohl jeder in der Praxis stehende Arzt billigen. Die Mitwirkung der Ärzte wird nun hierbei in ganz besonderem Maße in Anspruch genommen, da sie nach § 8 Abs. 1 Ziffer 3 Abs. 2 in jedem Falle, in welchem sie zur Behandlung einer an Kindbettfieber Erkrankten zugezogen werden, unverzüglich die bei derselben tätige oder tätig gewesene Hebamme zu benachrichtigen haben.

Nach der gesetzlichen Bestimmung ist der Arzt nur verpflichtet, die Hebamme von einer Erkrankung an Kindbettfieber, d. h. einer Erkrankung im Wochenbett (auch nach Abort), welche er als Kindbettfieber ansieht, in Kenntnis zu setzen; eine gesetzliche Verpflichtung, der Hebamme auch in dem Falle Mitteilung zu machen, daß er die Erkrankung vorläufig nur als verdächtig mit Bezug auf Wochenbettfieber ansieht, besteht dagegen für ihn ebensowenig als eine solche, einen nur verdächtigen Krankheitsfall der Ortspolizeibehörde zu melden. Nun hat Poten[1]) wohl

[1]) Die Anzeigepflicht bei Kindbettfieber. Von W. Poten. Direktor der Provinzial-Hebammenlehranstalt in Hannover. Deutsche medizinische Wochenschrift 1906, Nr. 22, S. 881 ff.

recht, wenn er meint, bei Kindbettfieber handele es sich weder um einen bestimmten pathologischen Begriff noch um einen ätiologisch auf einen und denselben Infektionserreger zurückzuführenden Zustand, der Name Kindbettfieber sei ein Sammelname für eine ganze Reihe in ihren Ursachen sehr verschiedener und in ihren Erscheinungen außerordentlich wechselnder Vorgänge. Es hänge daher in weiten Grenzen von dem persönlichen Ermessen des anzeigepflichtigen Arztes ab, ob er in einem gegebenen Falle die Krankheit wirklich als Kindbettfieber anzeigen will oder nicht.

Desto größer ist aber auch die Verantwortung, die im gegebenen Falle mit Rücksicht auf das öffentliche Wohl und Wehe auf ihm lastet. Für das Handeln des Arztes dürfte es sich doch im gegebenen Falle nicht um Entscheidung doktrinärer Fragen, sondern allein nur darum handeln, ob nach seiner Ansicht die Wöchnerin an einer durch die Hebamme auf andere sich ihr anvertrauende Frauen übertragbaren Wochenbettserkrankung leidet oder nicht. Ist er der Ansicht, daß eine übertragbare Wochenbetterkrankung vorliegt, so dürfte er auch die moralische Verpflichtung haben, der Hebamme Mitteilung hiervon zu machen, wenn er auch noch nicht eine sichere Diagnose auf Kindbettfieber stellen zu können vermeint. Dadurch gewährt er der gewissenhaften Hebamme die Möglichkeit, sich von der Erkrankten rechtzeitig zurückzuziehen bzw. sich von dem Kreisarzt weitere Verhaltungsmaßregeln einzuholen.

Sollte aber der behandelnde Arzt befürchten, durch seine Mitteilung an die Hebamme dem Kreisarzt, der ja vorschriftsgemäß durch die Hebamme Kenntnis von dem verdächtigen Fall erhält, Veranlassung zu geben, daß dieser etwa in der Familie der Wöchnerin Ermittlungen vornimmt und dadurch vorzeitige Aufregung veranlaßt, so wird er dieses sicher verhindern, wenn er sich mit dem Kreisarzt in Verbindung setzt, ihn über die Sachlage aufklärt und ihn ersucht bis zur Klarstellung des Falls von weiteren Ermittlungen Abstand zu nehmen.[1])

[1]) Zu einer Befürchtung, daß der Kreisarzt etwa sich zu der Wöchnerin begibt und durch eigene Untersuchung derselben die Diagnose zu sichern sucht, wie sie Poten (l. c.) äußert, liegt kein Grund vor. Es ist gar kein Anlaß für den Kreisarzt vorhanden und auch nicht seine Aufgabe, die Wöchnerin zu untersuchen, es ist für sein Handeln genügend, wenn er Kenntnis hat, daß der Fall verdächtig ist, da ihm dadurch die Möglichkeit gegeben wird, dieselben Vorsichtsmaßregeln zu treffen, als wenn ein zweifelloser Fall von Kindbettfieber vorliege.

Beschränkungen des Gewerbebetriebes.

„Beschränkungen des Gewerbebetriebes (§ 15 Nr. 1 u. 2 des Reichsgesetzes) können", so heißt es in den Motiven zu dem Gesetzentwurf, „erforderlich werden, wenn der Kranke sich in einer Wohnung befindet, welche in unmittelbarer Verbindung mit Räumen steht, in denen solche Nahrungsmittel und Gebrauchsgegenstände hergestellt, aufbewahrt und vertrieben werden, welche die Krankheitskeime leicht aufnehmen und die Verbreitung der Krankheit besonders begünstigen. Als hierher gehörige Krankheiten kommen in Betracht: Diphtherie und Scharlach (Vorkosthandlungen, Molkereien, Milchhandlungen u. dgl.), Typhus (Molkereien, Milchhandlungen), Milzbrand (Schlächtereien, Abdeckereien, Gerbereien, Roßhaarspinnereien, Wollsortierereien, Lumpenhandlungen, Papierfabriken)."

Die Beschränkungen der gewerblichen Tätigkeit sind bei den genannten Krankheiten nur in Ortschaften zulässig, die von ihnen befallen sind, während sie bei den gemeingefährlichen Krankheiten des Reichsgesetzes schon anwendbar sind, wenn die Ortschaften nur von solchen bedroht sind. Ein Verbot oder die Beschränkung der Ansammlung größerer Menschenmengen kann bei Rückfallfieber, Ruhr und Typhus erfolgen (s. Ausführungsbest. zu § 8 Abs. 3, Ziffer VII).

Fernhaltung vom Schulbesuch.

Fernhaltung vom Schul- und Unterrichtsbesuche anzuordnen ist außer bei den gemeingefährlichen Krankheiten (Reichsgesetz) bei Diphtherie, Rückfallfieber, Ruhr, Scharlach und Typhus zulässig.

Ausdrücklich wird aber in den Motiven zu dieser Bestimmung des Gesetzes hervorgehoben, daß das Recht der Schulverwaltung, behufs Verhütung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten durch die Schulen ihr geeignet erscheinende Anordnungen zu treffen durch die Bestimmung des Gesetzentwurfs, welcher es nur mit Maßnahmen polizeilichen Charakters zu tun habe, nicht berührt werde. Damit bleiben also die Bestimmungen des Ministerialerlasses vom 14. Juli 1884 betr. die Schließung der Schulen bei auftretenden Krankheiten sowie die Anweisung der Übertragung ansteckender Krankheiten durch die Schulen (Min.Bl. f. d. innere Verwaltung in Kraft, S. 198).

Verbot oder Beschränkung öffentlicher Einrichtungen

Es kann ferner ein Verbot oder eine Beschränkung der Benutzung gewisser der Seuchenverbreitung förderlicher Einrichtungen in Betracht kommen, so bei Ruhr und Typhus wie auch bei Cholera von Brunnen, Wasserleitungen, öffentlichen Bädern, Schwimm-, Wasch- und Bedürfnisanstalten.

Räumung von Wohnungen und Gebäuden.

Eine Räumung von Wohnungen und Gebäuden, wie sie bei den gemeingefährlichen Krankheiten des Reichsgesetzes anwendbar ist, darf auch bei Rückfallfieber, Ruhr und Typhus in Anwendung kommen, dürfte aber nur in sehr seltenen Fällen notwendig sein.

Desinfektion kann angeordnet werden bei Diphtherie, übertragbarer Genickstarre, Kindbettfieber, Körnerkrankheit, Todesfällen an Lungen- und Kehlkopfstuberkulose, übertragbarer Ruhr, Scharlach, Unterleibstyphus, Milzbrand und Rotz. Worauf sie sich zu erstrecken hat, wird in § 13 des Reichsgesetzes gesagt. Die Behörde kann die Desinfektion in jedem einzelnen Falle anordnen oder generelle Desinfektionsvorschriften erlassen.

Die Mittel, welche für die Desinfektion in Anwendung kommen, sind in der Desinfektionsanweisung (Anlage 5 der Ausführungsbestimmungen) angegeben.

Da gerade mit Bezug auf die Desinfektionsanweisung weitgehende Änderungen in Aussicht stehen, kann hier nicht näher auf die einzelnen Bestimmungen der Anweisung eingegangen werden.

Desinfektion.

Im allgemeinen hat eine Desinfektion, wie jeder Arzt ja weiß, nicht erst dann zu erfolgen, wenn der Kranke genesen oder gestorben ist, sondern hat schon während der Krankheit einzusetzen. „Die Rachenbeläge, der Auswurf, die Gurgelwässer," heißt es in den Motiven zu dem Gesetzentwurf, „der Nasenschleim der an Diphtherie und Scharlach (auch Genickstarre d. N.) Erkrankten, der Wochenfluß bei Kindbettfieber, der eitrige Bindehautschleim bei Körnerkrankheit, die blutigen Stuhlgänge bei Ruhr, der Auswurf und zuweilen die Stuhlentleerungen bei Tuberkulose, der Urin, das Wasch- und Badewasser bei Typhus, sowie der Auswurf, Nasenschleim und Eiter bei Milzbrand und Rotz sind in hohem Grade gefährlich und geeignet, die Krankheit auf die Familienangehörigen, Pfleger und Besucher des Kranken zu übertragen. Ebenso gefährlich sind die Leib- und Bettwäsche, die Taschentücher, Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände, welche während des Krankenlagers zur Verwendung kommen." In der Anordnung und Überwachung einer geeigneten Desinfektion während der Krankheit liegt eine überaus wichtige Aufgabe zur Verhütung der Verbreitung ansteckender Krankheiten in der Hand des behandelnden Arztes. Gerade hier ist seine Mitwirkung geradezu unerläßlich und es bietet sich ihm ein dankbares Feld der Tätigkeit im Interesse des allgemeinen Wohles.

Die zweckmäßigste Art der häuslichen Desinfektion bei den einzelnen Krankheiten dürfte in den demnächst zu erwartenden

Anweisungen zur Bekämpfung der einzelnen übertragbaren Krankheiten genau angegeben sein.

Vierter Abschnitt.

Verfahren und Behörden.

§ 12.

Die in dem Reichsgesetze, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, und in dem gegenwärtigen Gesetze den Polizeibehörden überwiesenen Obliegenheiten werden, soweit das gegenwärtige Gesetz nicht ein anderes bestimmt, von den Ortspolizeibehörden wahrgenommen. Der Landrat ist befugt, die Amtsverrichtungen der Ortspolizeibehörden für den einzelnen Fall einer übertragbaren Krankheit zu übernehmen.

Die Zuständigkeit der Landespolizeibehörden auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung wird durch die Bestimmung des Abs. 1 nicht berührt.

Gegen die Anordnungen der Polizeibehörde finden die durch das Landesverwaltungsgesetz gegebenen Rechtsmittel statt.

Die Anfechtung der Anordnungen hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 13.

Beamtete Ärzte im Sinne des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, und des gegenwärtigen Gesetzes sind die Kreisärzte, die Kreisassistenzärzte, soweit sie mit der Stellvertretung von Kreisärzten beauftragt sind, sowie die mit der Wahrnehmung der kreisärztlichen Obliegenheiten beauftragten Stadtärzte in Stadtkreisen, die Hafen- und Quarantäneärzte in Hafenorten, außerdem die als Kommissare der Regierungspräsidenten, der Oberpräsidenten oder des Ministers der

Zu § 13 Abs. 2.

Sollen an Stelle der beamteten Ärzte im Falle ihrer Behinderung oder aus sonstigen dringenden Gründen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten andere Ärzte zugezogen werden, so ist meine Entscheidung einzuholen. Im Falle dringender Notwendigkeit ist ein entsprechender Antrag vom Regierungspräsidenten telegraphisch zu stellen. Dabei sind in erster Linie solche Ärzte in Vorschlag zu bringen, welche die kreisärztliche Prüfung mit Erfolg abgelegt haben.

Medizinalangelegenheiten an Ort und Stelle entsandten Medizinalbeamten.

Die Vorschrift des § 36 Abs. 2 des vorbezeichneten Reichsgesetzes findet auf die in dem § 1 des gegenwärtigen Gesetzes bezeichneten Krankheiten entsprechende Anwendung.

Befugnisse des Landrats an Stelle der Ortspolizei.

Nach § 12 Abs. 1 ist der Landrat befugt, die Amtsvorrichtungen der Ortspolizeibehörden für den einzelnen Fall einer übertragbaren Krankheit zu übernehmen. In einzelnen Landesteilen (Hannover) liegt ja die Ausübung der Ortspolizei — ausgenommen in den selbständigen Städten — eo ipso bei dem Landrat. Wo aber, wie in anderen Landesteilen, die Ortspolizei von den Distriktskommissaren, Amtsvorstehern, ländlichen Bürgermeistern oder auch Bürgermeistern solcher Städte, welche unter dem Landrat stehen, wahrgenommen wird, erhält die Bestimmung des § 12 Geltung. Danach ist der Landrat in jedem einzelnen Falle einer übertragbaren Krankheit befugt, nicht nur Ermittlungen vornehmen zu lassen (§ 6), sondern auch Schutzmaßregeln anzuordnen (§ 8), beides in dem für die Ortspolizeibehörde festgesetzten Umfange. In welchen Fällen der Landrat von dieser Befugnis Gebrauch machen will, bleibt seinem pflichtgemäßen Ermessen überlassen.

Zuständigkeit der Landespolizeibehörden.

Die Zuständigkeit der Landespolizeibehörden (s. § 12 Abs. 2) wird besonders in den §§ 6 Abs. 3, 10, 13 und 23 des Gesetzes betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 31. Juli 1900, festgelegt. Landespolizeibehörde ist der Regierungspräsident, für den Landespolizeibezirk Berlin aber, umfassend die Städte Berlin, Charlottenburg, Rixdorf und Schöneberg, der Polizeipräsident von Berlin.[1]) Sehr wichtig ist die Bestimmung, daß die Anordnungen der Polizeibehörde zwar auf dem Rechtswege (§§ 127 —128 des Landesverwaltungsgesetzes vom 30. Juli 1883) angefochten werden können, daß aber nichtsdestoweniger die Anordnungen zunächst auszuführen sind.

Anfechtung der polizeilichen Anordnungen.

Beamtete Ärzte.

In § 13 wird bestimmt, welche Ärzte unter beamteten Ärzten im Sinne des Reichsgesetzes sowie des preußischen Gesetzes zu verstehen sind.

In § 13 Abs. 2 in Verbindung von § 36 Abs. 2 des Reichsgesetzes wird ferner bestimmt, daß auch sonst nicht zu einer der in Absatz 1 aufgeführten Kategorien von Ärzten gehörige Ärzte,

[1]) Für den Stadtbezirk Berlin vertritt dieser gleichzeitig die Ortspolizeibehörde.

falls sie an Stelle der beamteten Ärzte in Fällen von deren Behinderung oder aus sonstigen dringenden Gründen zugezogen werden, innerhalb des von ihnen übernommenen Auftrages als beamtete Ärzte zu gelten und dieselben Befugnisse wie diese haben.

Dieses hat jedoch nicht mit Bezug auf diejenigen nicht beamteten Ärzte Geltung, welche etwa von den Ortspolizeibehörden gemäß § 6 Abs. 4 des preußischen Gesetzes in Verbindung mit den dazu ergangenen Ausführungsbestimmungen mit der Feststellung der ersten Fälle von Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach herangezogen werden, da zu dieser Feststellung die Mitwirkung eines beamteten Arztes überhaupt nicht nötig ist, wenn solcher auch freilich in seiner Arzteigenschaft ebensogut mit der Feststellung betraut werden kann wie jeder andere Arzt.

Fünfter Abschnitt.

Entschädigungen.

§ 14.

Die Bestimmungen der §§ 29 bis 34 Satz 1 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, finden auf diejenigen Fälle entsprechende Anwendung, in welchen auf Grund der §§ 8 und 11 des gegenwärtigen Gesetzes die Desinfektion oder Vernichtung von Gegenständen polizeilich angeordnet worden ist. Der Anspruch auf Entschädigung fällt jedoch weg, wenn der Antragsteller den Verlust ohne Beeinträchtigung des für ihn und seine Familie notwendigen Unterhalts zu tragen vermag.

§ 15.

Die Festsetzung der Entschädigungen in den Fällen der §§ 28 bis 33 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, und des § 14 des gegenwärtigen Gesetzes erfolgt durch die Ortspolizeibehörde.

Gegen die Entscheidung findet unter Ausschluß des Rechtswegs innerhalb einer Frist von einem Monate nur die Beschwerde an die Aufsichtsbehörde, in Berlin an den Oberpräsidenten, statt. Die Entscheidung

Zu §§ 14 bis 20.

Die vorliegenden Paragraphen machen den Polizeibehörden ein Handeln von Amts wegen in zwei Fällen zur Pflicht:

1. Wird eine der Invalidenversicherung unterliegende Person einer mit Beschränkung der Wahl des Aufenthaltsortes oder der Arbeitsstätte verbundenen Beobachtung oder einer Absonderung unterworfen, weil sie an Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest oder Pocken erkrankt oder der Erkrankung oder Ansteckung an einer dieser Krankheiten verdächtig ist, so hat die Polizeibehörde, sofern die Person nicht während der Dauer jener Maßregel aus öffentlichen Mitteln verpflegt wird, die ihr gebührende Entschädigung wegen des entgangenen Arbeitsverdienstes alsbald festzusetzen. Ein Antrag ist nicht abzuwarten.

Die Entschädigung beträgt für jeden Arbeitstag den dreihundertsten Teil des für die Invalidenversicherung maßgebenden Jahresarbeitsverdienstes (§ 34 des Invalidenversicherungs-

dieser Beschwerdeinstanz ist endgültig.

§ 16.

Die Ermittlung und Festsetzung der Entschädigungen aus § 28 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, geschieht von Amts wegen.

Die Entschädigungen sind nach Ablauf jeder Woche zu zahlen.

§ 17.

Bei Gegenständen, welche auf polizeiliche Anordnung vernichtet werden sollen, ist vor der Vernichtung der gemeine Wert durch Sachverständige abzuschätzen.

§ 18.

Sind bei einer polizeilich angeordneten und überwachten Desinfektion Gegenstände derart beschädigt worden, daß dieselben zu ihrem bestimmungsmäßigen Gebrauche nicht weiter verwendet werden können, so ist sowohl der Grad dieser Beschädigung wie der gemeine Wert der Gegenstände vor ihrer Rückgabe an den Empfangsberechtigten durch Sachverständige abzuschätzen.

§ 19.

Bei den Abschätzungen gemäß den §§ 17 und 18 des gegenwärtigen Gesetzes sollen die Berechtigten tunlichst gehört werden.

§ 20.

In den Fällen der §§ 17 und 18 des gegenwärtigen Gesetzes bedarf es der Abschätzung nicht, wenn feststeht, daß ein Entschädigungsanspruch gesetzlich ausgeschlossen ist, oder wenn der Berechtigte auf eine Entschädigung verzichtet hat.

gesetzes), abzüglich des der abgesonderten oder beobachteten Person etwa seitens einer Krankenkasse im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes gewährten gesetzlichen Krankengeldes oder abzüglich des von ihr trotz der polizeilichen Beschränkungen etwa erzielten Arbeitsverdienstes.

Die erfolgte Festsetzung der Entschädigung ist sowohl der entschädigungsberechtigten Person als auch derjenigen Behörde zuzustellen, welche den nach § 26 Abs. 2 des Gesetzes in Betracht kommenden zahlungspflichtigen Verband vertritt.

2. Will die Polizeibehörde Gegenstände, von denen anzunehmen ist, daß sie mit dem Krankheitsstoff von Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest, Pocken, Diphtherie, Genickstarre, Kindbettfieber, Körnerkrankheit, Lungen- oder Kehlkopftuberkulose, Rückfallfieber, Ruhr, Scharlach, Typhus, Milzbrand oder Rotz behaftet sind, vernichten lassen, so hat sie ihren gemeinen Wert vor der Vernichtung durch zwei Sachverständige im Sinne der §§ 21 und 22 des Gesetzes abschätzen zu lassen. Wenn tunlich, ist der Eigentümer oder Inhaber der Gegenstände zuzuziehen und anzuhören. Die Sachverständigen sind anzuhalten, daß sie der Polizeibehörde eine von ihnen unterzeichnete Urkunde über die Schätzung zugehen lassen.

Ebenso ist zu verfahren, wenn bei der Desinfektion eines Gegenstandes, von welchem anzunehmen war, daß er mit Krankheitsstoff einer der benannten Krankheiten behaftet sei, der Gegenstand so beschädigt worden

ist, daß er zu seinem bestimmungsgemäßen Gebrauch nicht weiter verwendet werden kann. In diesem Falle ist die Abschätzung vor der Rückgabe des Gegenstandes an den Empfangsberechtigten herbeizuführen.

Die Abschätzung vernichteter oder durch Desinfektion gebrauchsunfähig gewordener Gegenstände darf nur unterbleiben, wenn von vornherein feststeht, daß ein Entschädigungsanspruch ausgeschlossen ist (vgl. die §§ 32 und 33 des Reichsgesetzes) oder wenn der Berechtigte auf eine Entschädigung verzichtet oder sich mit der Polizeibehörde über die Höhe des Schadenersatzes geeinigt hat.

Ein Entschädigungsanspruch ist ausgeschlossen, wenn

a) die betreffenden Gegenstände im Eigentume des Reichs, eines Bundesstaats oder einer kommunalen Körperschaft sich befinden oder wenn sie trotz Verbotes ein- oder ausgeführt sind;

b) der Entschädigungsberechtigte die Gegenstände oder einzelne derselben an sich gebracht hatte, obwohl er wußte oder annehmen mußte, daß dieselben bereits mit dem Krankheitsstoffe behaftet oder daß sie auf polizeiliche Anordnung zu desinfizieren waren, oder wenn er zur Desinfektion durch eine Zuwiderhandlung gegen seuchenrechtliche Vorschriften Veranlassung gegeben hat. Ferner ist, wenn es sich um Diphtherie, Genickstarre, Kindbettfieber, Körnerkrankheit, Lungen- oder Kehlkopftuberkulose, Rückfallfieber, Ruhr, Scharlach, Typhus, Milzbrand,

Rotz handelt, eine Entschädigung nicht zu zahlen, wenn der Beschädigte den Verlust ohne Beeinträchtigung des für ihn und seine Familie notwendigen Unterhalts zu tragen vermag.

Ist die Schätzungsurkunde bei der Polizeibehörde eingegangen, so ist nichts weiteres zu veranlassen, falls nicht ein Antrag auf Entschädigung von seiten des Eigentümers des vernichteten oder beschädigten Gegenstandes oder desjenigen, in dessen Gewahrsam sich derselbe vor der Vernichtung oder zur Zeit der Desinfektion befand, gestellt wird. Ist die Antragsfrist gewahrt, so erfolgt die Feststellung der Entschädigung, andernfalls Ablehnung wegen Fristversäumnis. Der Bescheid ist dem Antragsteller zuzustellen.

§ 21.

Für jeden Kreis sollen von dem Kreisausschuß, in Stadtkreisen von der Gemeindevertretung, aus den sachverständigen Eingesessenen des Bezirkes auf die Dauer von drei Jahren diejenigen Personen in der erforderlichen Zahl bezeichnet werden, welche zu dem Amte eines Sachverständigen zugezogen werden können. Als Sachverständige können auch Frauen bezeichnet werden.

Aus der Zahl dieser Personen hat die Ortspolizeibehörde die Sachverständigen für den einzelnen Schätzungsfall zu ernennen. In besonderen Fällen ist die Polizeibehörde ermächtigt, andere Sachverständige zuzuziehen.

Die Sachverständigen sind von der Polizeibehörde durch Handschlag zu verpflichten. Sie verwalten ihr Amt als Ehrenamt und haben nur Anspruch auf Ersatz der baren Auslagen.

Auf das Amt der Sachverstän-

digen finden die Vorschriften über die Übernahme unbesoldeter Ämter in der Verwaltung der Gemeinden und Kommunalverbände entsprechende Anwendung.

§ 22.

Personen, bei welchen für den einzelnen Fall eine Befangenheit zu besorgen ist, sollen zu Sachverständigen nicht ernannt werden.

Ausgeschlossen von der Teilnahme an der Schätzung ist jeder:

1. in eigener Sache;
2. in Sachen seines Ehegatten, auch wenn die Ehe nicht mehr besteht;
3. in Sachen einer Person, mit welcher er in gerader Linie oder im zweiten Grade der Seitenlinie verwandt oder verschwägert ist, auch wenn die Ehe, durch welche die Schwägerschaft begründet ist, nicht mehr besteht.

Personen, welche sich nicht im Besitze der bürgerlichen Ehrenrechte befinden, sind unfähig, an einer Schätzung teilzunehmen.

§ 23.

Die Sachverständigen haben über die Schätzung eine von ihnen zu unterzeichnende Urkunde aufzunehmen und der Ortspolizeibehörde zur Festsetzung der Entschädigung zu übersenden.

Hat eine ausgeschlossene oder unfähige Person (§§ 22 Abs. 2 und 3) an der Schätzung teilgenommen, so ist die Schätzung nichtig und zu wiederholen. Ist die Wiederholung unausführbar, so erfolgt die Festsetzung nach freier Würdigung des Schadens.

§ 24.

Die Entschädigung für vernichtete oder infolge der Desinfektion beschädigte Gegenstände wird nur auf Antrag gewährt.

Der Antrag ist bei Vermeidung des Verlustes des Anspruchs binnen einer Frist von einem Monat bei der



Ortspolizeibehörde, welche die Vernichtung oder Desinfektion angeordnet hat, zu stellen.

Die Frist beginnt bei vernichteten Gegenständen mit dem Zeitpunkt, in welchem der Entschädigungsberechtigte von der Vernichtung Kenntnis erhalten hat, bei Gegenständen, welche der Desinfektion unterworfen sind, mit der Wiederaushändigung.

Bei unverschuldeter Versäumnis der Antragsfrist kann die Ortspolizeibehörde Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gewähren.

Entschädigungen.

Sowohl das Reichsgesetz als das preußische Gesetz (§ 14) sieht auf besonderen darauf bezüglichen Antrag die Gewährung einer Entschädigung für den Fall vor, daß durch die polizeilich angeordnete Desinfektion oder Vernichtung von Gegenständen diese unbrauchbar geworden sind. Während aber nach dem Reichsgesetz diese Entschädigungen mit Ausnahme der in den §§ 32 und 33 namhaft gemachten Fälle stets zu gewähren ist, wird sie nach dem preußischen Gesetz nicht gewährt, wenn der Antragsteller den Verlust ohne Beeinträchtigung des für ihn und seine Familie notwendigen Unterhalts zu tragen vermag.

Unterschied des RG. u. des preuß Gesetzes.

Ein wichtiger Unterschied zwischen den Bestimmungen des Reichsgesetzes und des preußischen Gesetzes ist ferner der, daß das Erstere unter Umständen (§ 28 Abs. 1) Personen, welche mit Bezug auf eine der in § 1 des Reichsgesetzes benannten gemeingefährlichen Krankheiten in der Wahl des Aufenthalts oder der Arbeitsstätte (§ 12) beschränkt oder abgesondert werden (§ 14), Anspruch auf eine Entschädigung wegen des ihnen entgangenen Arbeitsverdienstes gewährt, den das preußische Gesetz dagegen nicht gewährt.

Verfahren bei der Abschätzung.

Die §§ 15—24 sowie die dazu ergangenen Ausführungsbestimmungen behandeln das Verfahren bei der Abschätzung des etwa durch die Desinfektion oder Vernichtung von Gegenständen verursachten Schadens sowie bei der Festsetzung der zu gewährenden Entschädigung und haben hauptsächlich für die in Frage kommenden Behörden Interesse.

Sechster Abschnitt.
Kosten.

§ 25.

Die Kosten, welche durch die amtliche Beteiligung des beamteten Arztes bei der Ausführung des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, sowie bei der Ausführung des gegenwärtigen Gesetzes entstehen, fallen der Staatskasse zur Last. Das Gleiche ist der Fall, wenn es sich um die ärztliche Feststellung von Scharlach, Körnerkrankheit und Diphtherie handelt (§ 6 Abs. 4).

Zu § 25.

1. Als amtliche Beteiligung gilt jede Beteiligung des beamteten Arztes, welche ihm durch Gesetz, Dienstanweisung oder durch Einzelauftrag der vorgesetzten Dienstbehörde übertragen ist. Hierher gehört insbesondere seine Tätigkeit gemäß §§ 6—9, 14 Abs. 2 und 3, 18 des Reichsgesetzes, und §§ 6 Abs. 1—3, 8 Nr. 1 und 3 des gegenwärtigen Gesetzes.
2. Ärzte, welche gemäß § 6 Abs. 4 des gegenwärtigen Gesetzes mit Feststellung von Diphtherie, Körnerkrankheit oder Scharlach beauftragt worden sind, haben gemäß § 2 der Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte vom 15. Mai 1896 nur Anspruch auf Vergütung nach den niedrigsten Sätzen, da die Zahlung aus Staatsfonds erfolgt.

Die Polizeibehörden haben die bei ihnen infolge der Zuziehung von Ärzten behufs Feststellung einer dieser Krankheiten eingehenden Liquidationen mit einer Bescheinigung darüber, daß es sich um eine Feststellung im Sinne des § 6 Abs. 4 handelt, dem Landrat einzureichen. Dieser veranlaßt eine Prüfung der Liquidation durch den Kreisarzt und reicht demnächst die Liquidationen gesammelt in der Zeit zwischen dem 1. und 15. Tage jedes Kalendervierteljahres dem Regierungspräsidenten ein.

Die Zahlung an den Arzt hat durch die Ortspolizeibehörde, welche ihn zugezogen hat, zu erfolgen.

§ 26.

Im übrigen findet die Vorschrift des § 37 Abs. 3 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, auf die-

jenigen Fälle, in welchen die daselbst bezeichneten Schutzmaßregeln auf Grund der Bestimmungen des gegenwärtigen Gesetzes angeordnet werden, mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, daß die Kosten der Desinfektion und der besonderen Vorsichtsmaßregeln für die Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung der Leichen nur dann aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten sind, wenn nach Fesstellung der Polizeibehörde der Zahlungspflichtige ohne Beeinträchtigung des für ihn und seine Familie notwendigen Unterhalts diese Kosten nicht zu tragen vermag. Unter den gleichen Voraussetzungen sind die Kosten, welche durch die nach § 8 des gegenwärtigen Gesetzes oder nach § 14 des vorbezeichneten Reichsgesetzes vorgesehene Absonderung in Krankenhäusern oder in anderen geeigneten Unterkunfsräumen entstehen, aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten, wenn die abgesonderten Personen während der Dauer der Absonderung nicht in einer ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Weise erkranken. Wegen der Anfechtung der hierüber ergangenen Entscheidung findet die Vorschrift des § 15 Abs. 2 Anwendung.

Wem die nach dem vorbezeichneten Reichsgesetz und nach dem gegenwärtigen Gesetz aus öffentlichen Mitteln zu bestreitenden Kosten und Entschädigungen einschließlich der den Sachverständigen nach § 21 des gegenwärtigen Gesetzes zu erstattenden baren Auslagen und die sonstigen Kosten der Ausführung der Schutzmaßregeln zur Last fallen, bestimmt sich, soweit das gegenwärtige Gesetz nicht ein anderes vorschreibt, nach den Vorschriften des bestehenden Rechtes.

§ 27.

Übersteigen die nach diesen Vorschriften einer Gemeinde mit

Zu § 27.

I. Will eine Gemeinde wegen der ihr in einem Etatsjahre er-

weniger als 5000 Einwohnern zur Last fallenden Kosten in einem Etatsjahre 5 Prozent des nach den Vorschriften des Kommunalabgabengesetzes der Gemeindebesteuerung zugrunde zu legenden Veranlagungssolls an Staatseinkommensteuer einschließlich der fingierten Normalsteuersätze (§ 38 des Kommunalabgabengesetzes, § 74 des Einkommensteuergesetzes), so ist der Mehrbetrag der Gemeinde auf ihren Antrag zu zwei Dritteilen vom Kreise zu erstatten.

Die Erstattung findet jedoch nur dann statt, wenn entweder der Bedarf an direkten Gemeindesteuern einschließlich der in Geld zu veranschlagenden Naturaldienste mehr als das Einundeinhalbfache des seiner Verteilung zugrunde zu legenden Veranlagungssolls an Einkommensteuer (einschließlich der fingierten Normalsteuersätze) und Realsteuern betrug, oder wenn diese Belastungsgrenze durch die geforderte Leistung überschritten wird. Liegt die Unterhaltung der öffentlichen Volksschulen besonderen Schulsozietäten ob, so sind die von den Angehörigen der Gemeinde an diese Sozietäten entrichteten baren Abgaben dem Gemeindesteuerbedarfe hinzuzurechnen.

Den Kreisen ist die Hälfte der in Gemäßheit der vorstehenden Vorschrift geleisteten Ausgaben vom Staate zu erstatten.

Streitigkeiten zwischen den Gemeinden und den Kreisen über die zu erstattenden Beträge unterliegen der Entscheidung im Verwaltungsstreitverfahren. Zuständig in erster Instanz ist der Bezirksausschuß, in zweiter das Oberverwaltungsgericht.

Den Gutsbezirken kann im Falle ihrer Leistungsunfähigkeit ein entsprechender Teil der aufgewendeten Kosten vom Kreise erstattet werden. Dem Kreise ist die Hälfte der demwachsenen Kosten einen Erstattungsanspruch auf Grund dieser Vorschrift erheben, so hat alsbald nach Ablauf dieses Etatsjahres der Gemeindevorstand eine Nachweisung an den Vorsitzenden des Kreisausschusses einzureichen, aus welcher sich ergibt:

1. die Einwohnerzahl, berechnet nach der letzten Volkszählung;
2. die Art und Höhe der hierhergehörigen Kosten; dabei ist streng darauf zu achten, daß nur die nach §§ 26 und 27 des Gesetzes den Gemeinden zur Last fallenden Kosten Aufnahme finden, nicht aber die aus § 29 ihnen erwachsenden oder solche Kosten, welche anderen Trägern rechtlich obliegen;
3. die in der Gemeinde umlagefähigen Sollbeträge an Einkommensteuer, einschließlich der fingierten Normalsteuersätze, sowie an Grund-, Gebäude-, Gewerbe- und Betriebssteuer;
4. das etatsmäßige direkte Gemeindesteuersoll — d. h. der ziffermäßige Betrag der Zuschläge zur Einkommen-, Grund-, Gebäude-, Gewerbe- und Betriebssteuer bzw. der veranlagten besonderen direkten Gemeindesteuern;
5. die Art, der Umfang und der Geldwert der Naturaldienste, welche etatsmäßig oder nach den Gemeindebeschlüssen zu leisten waren;
6. falls die Schulabgaben nicht bereits in den allgemeinen Gemeindeabgaben enthalten, sondern als Sozietätslasten erhoben worden sind, die Höhe der etatsmäßigen Schulabgaben.

Die Angabe zu 2. ist durch die betreffenden Rechnungsbelege, die Angaben zu 3—6 durch den Gemeindehaushaltsetat bzw. Schulhaushaltsetat des Jahres, in welchem die

gemäß geleisteten Ausgaben vom Staate zu erstatten.

Kosten entstanden sind, sowie durch eine Bescheinigung des Gemeindevorstandes, daß die Anforderung an Gemeindesteuern, Naturaldiensten und gegebenenfalls Schulabgaben in der angegebenen Höhe bzw. Bewertung für das genannte Jahr tatsächlich erfolgt ist, zu belegen.

II. Für einen Gutsbezirk, welcher einen entsprechenden Erstattungsantrag stellen will, hat der Gutsvorsteher gleichfalls bald nach Ablauf des betreffenden Etatsjahres eine Nachweisung an den Vorsitzenden des Kreisausschusses einzureichen, aus welcher sich ergibt:

1. die Höhe der hierhergehörigen Kosten (vgl. unter I, 2);
2. die Höhe der Einkommensteuer und Ergänzungssteuer sowie der staatlich veranlagten Realsteuern des Besitzers des Gutsbezirks;
3. die Höhe der Kreis- und Amtsabgaben, zu welchen der Besitzer herangezogen worden ist;
4. die Höhe der kommunalen Aufwendungen des Gutsbesitzers für Volksschule, Armen- und Wegewesen, einschließlich der gesondert nachzuweisenden und zu schätzenden Naturallasten;
5. im Falle des Bestehens statutarischer Bestimmungen über die Beteiligung von Gutsinsassen an den Kosten der Seuchenpolizei (§ 28 des gegenwärtigen Gesetzes) die Höhe dieser Beiträge sowie die Belastung der Gutsinsassen mit Armen- (§ 8 Abs. 2 Gesetzes vom 8. März 1871 — GS. S. 130 —), Schul-, Kreis- und Provinziallasten.

Die Angaben zu 1. sind durch die Rechnungsbelege, die Angaben zu 2. und 3. durch die Veranlagungsschreiben, diejenigen zu 5. durch die Einnahmebelege zu begründen, die sonstigen Angaben sind von dem Gutsvorsteher, und wenn dieser selbst

der Gutsbesitzer ist, von seinem Stellvertreter, als der Wahrheit entsprechend zu bescheinigen. Alle Angaben haben sich auf dasjenige Etatsjahr zu beziehen, in welchem die Kosten (zu I) entstanden sind.

III. Nach Prüfung der Unterlagen hat der Vorsitzende des Kreisausschusses das Weitere bezüglich der Herbeiführung eines Beschlusses über die teilweise Erstattung der Kosten durch den Kreis zu veranlassen. Dabei hat im Falle eines von einem Gutsbezirk ausgehenden Antrages tunlichst eine entsprechende Anwendung der Abs. 1 und 2 des § 27 zu erfolgen.

IV. Ist eine Erstattung seitens des Kreises an eine Stadt- oder Landgemeinde erfolgt, so reicht der Vorsitzende des Kreisausschusses die gesamten Unterlagen an den Regierungspräsidenten mit dem Antrage auf Erstattung der Hälfte der gezahlten Summe ein. Der Regierungspäsident hat dem Antrage stattzugeben, soweit eine genaue Prüfung der Unterlagen die Berechtigung der vom Kreise gezahlten Erstattungssumme ergibt.

Wird gegen einen Kreis von einer Gemeinde Klage im Verwaltungsstreitverfahren gemäß Absatz 4 des § 27 erhoben, so hat der Kreis die Beiladung des Regierungspräsidenten als Vertreters des Fiskus zu beantragen. Sollte der Kreis dies verabsäumen, so wird sich die Beiladung von Amts wegen gemäß § 70 des Landesverwaltungsgesetzes empfehlen. Ist die Zahlungspflicht des Kreises nach Beiladung des Regierungspräsidenten durch rechtskräftiges Urteil festgestellt, so genügt lediglich die Vorlegung einer mit der Bescheinigung der Rechtskraft versehenen Urteilsausfertigung. In diesem Falle hat die Erstattung der

Hälfte der im Urteil festgestellten Summe ohne weiteres zu erfolgen.

V. Hat ein Kreis einem Gutsbezirk auf Grund des § 27 Abs. 5 eine Zahlung geleistet, so ist dem Antrage auf Erstattung der Hälfte ein eingehender Nachweis darüber beizufügen, daß der Gutsbezirk tatsächlich leistungsunfähig ist, und daß sich die Beihilfe in denjenigen Grenzen gehalten hat, innerhalb deren ein Erstattungsanspruch seitens einer Landgemeinde unter 5000 Einwohnern nach den Vorschriften des § 27 Abs. 1 besteht. Nur insoweit diese Nachweise als erbracht zu erachten sind, hat der Regierungspräsident dem Erstattungsantrage stattzugeben.

§ 28.

Steht ein Gutsbezirk nicht ausschließlich im Eigentume des Gutsbesitzers, so ist auf dessen Antrag ein Statut zu erlassen, welches die Aufbringung der durch das Reichsgesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, und das gegenwärtige Gesetz entstehenden Kosten anderweit regelt und den mitheranzuziehenden Grundbesitzern oder Einwohnern eine entsprechende Beteiligung bei der Beschlußfassung über die Ausführung der erforderlichen Leistungen einräumt.

Das Statut wird nach Anhörung der Beteiligten durch den Kreisausschuß festgestellt und muß hinsichtlich der Beitragspflicht den gesetzlichen Bestimmungen über die Verteilung der Kommunallasten in den ländlichen Gemeinden folgen. Dasselbe unterliegt der Bestätigung des Bezirksausschusses.

§ 29.

Die Gemeinden sind verpflichtet, diejenigen Einrichtungen, welche zur Bekämpfung der übertragbaren (§ 1 Abs. 1) Krankheiten notwendig sind,

Zu § 29.

Einrichtungen im Sinne des § 29 sind lediglich solche, welche zur Durchführung der in dem § 8 des gegenwärtigen Gesetzes in Verbin-

zu treffen und für deren ordnungsmäßige Unterhaltung zu sorgen.

Die Kreise sind befugt, diese Einrichtungen an Stelle der Gemeinden zu treffen und zu unterhalten.

dung mit den §§ 12—19 und 21 des Reichsgesetzes vorgesehenen Schutzmaßregeln erforderlich sind, also insbesondere: Beobachtungs- und Absonderungsräume, Unterkunftsstätten für Kranke und Verstorbene, Räume zur Aufbewahrung von Leichen und Beerdigungsplätze, sei es, daß diese Einrichtungen dauernd, sei es, daß sie nur vorübergehend für die Dauer einer Krankheitsgefahr getroffen werden. Nicht dagegen gehören hierher die der regelmäßigen Krankenpflege dienenden oder die im § 35 des Reichsgesetzes aufgeführten Einrichtungen zur allgemeinen Verbesserung der hygienischen Verhältnisse (Versorgung mit Trink- oder Wirtschaftswasser, Fortschaffung der Abfallstoffe).

Da die Einrichtungen im Sinne des § 29 für einzelne kleinere Gemeinden unverhältnismäßig hohe Aufwendungen erfordern würden und vielfach unbeschadet ihrer Wirksamkeit für eine größere Anzahl von Gemeinden zusammen getroffen werden können, so wird es in der Regel zweckmäßig sein, daß entweder nach Maßgabe der bestehenden Vorschriften Zweckverbände zu diesem Behufe gebildet werden, oder daß die Kreise von der in Abs. 2 ausdrücklich anerkannten Befugnis Gebrauch machen, wie dies bereits bisher in weitem Umfange geschehen ist.

Wegen der Bereitstellung von Baracken durch den Preußischen Landesverein vom Roten Kreuz bei Epidemien von Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest, Pocken, Typhus, Ruhr, Granulose, Scharlach und Diphtheritis verweise ich auf die zufolge des Ministerialerlasses vom 25. März 1905 (Min.-Bl. f. Medizinal- und medizinische Unterrichtsangelegenheiten S. 175 ff.) hierüber abgeschlossenen Verträge.

§ 30.

Die Anordnung zur Beschaffung der im § 29 bezeichneten Einrichtungen erläßt die Kommunalaufsichtsbehörde.

Gegen die Anordnung findet innerhalb zwei Wochen die Beschwerde und zwar bei Landgemeinden an den Kreisausschuß, in den Hohenzollernschen Landen an den Amtsausschuß, bei Stadtgemeinden an den Bezirksausschuß und mit Ausnahme der Hohenzollernschen Lande in weiterer Instanz an den Provinzialrat statt. Wird die Beschwerde auf die Behauptung mangelnder Leistungsfähigkeit zur Ausführung der Anordnung gestützt, so ist auch über die Höhe der von der Gemeinde zu gewährenden Leistung zu beschließen. Gegen die Entscheidung des Provinzialrats, in den Hohenzollernschen Landen gegen die Entscheidung des Bezirksausschusses, steht den Parteien die Klage im Verwaltungsstreitverfahren innerhalb derselben Frist beim Oberverwaltungsgericht zu. Auf diese Klage findet die Vorschrift des § 127 Abs. 3 des Gesetzes über die allgemeine Landesverwaltung vom 30. Juli 1883 entsprechende Anwendung. Sofern die Provinz an den Kosten teilzunehmen hat, steht die Beschwerde beziehungsweise Klage auch der Provinzialverwaltung zu.

Zu § 30.

Die Kommunalaufsichtsbehörden haben nach Möglichkeit dahin zu wirken, daß die von ihnen erforderlich erachteten Einrichtungen im Sinne des § 29 von den Kommunalverbänden freiwillig beschafft werden. Insbesondere wird sich zu diesem Zwecke vielfach die Verhandlung mit den Kreisen empfehlen.

Wird ein Einverständnis mit dem Kreise oder mit der Gemeinde nicht erzielt, so hat die Aufsichtsbehörde die Anordnung gemäß § 80 auf das Maß des unbedingt Erforderlichen zu beschränken und dabei in ihrer Anforderung nicht weiter zu gehen, als nach ihrem pflichtmäßigen Ermessen die Gemeinde vermöge ihrer Finanzkraft zu leisten vermag.

§ 31.

Reicht die im Beschlußverfahren festgesetzte Leistung der Gemeinde nicht zur Ausführung der angeordneten Einrichtung aus, so trägt, sofern die Kommunalaufsichtsbehörde ihre Anordnung aufrecht hält, die Provinz die Mehrkosten. Die Hälfte derselben ist vom Staate zu erstatten.

Zu § 31.

Ist im Beschlußverfahren eine Einrichtung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, deren Beschaffung die Kommunalaufsichtsbehörde angeordnet hat, als nötig anerkannt, andererseits aber die Leistungsfähigkeit der Gemeinde verneint oder deren Leistung niedriger bemessen worden, als daß damit die Anordnung durchgeführt werden könnte, so hat die Kommunalaufsichtsbehörde vor weiterer Ver-

§ 32.

Bei dringender Gefahr im Verzuge kann die Kommunalaufsichtsbehörde nach Anhörung der Kommunalbehörde die Anordnung zur Durchführung bringen, bevor das Verfahren nach § 30 eingeleitet oder zum Abschlusse gebracht ist.

Die Kosten der Einrichtung trägt in diesem Falle der Staat, sofern die Anordnung der Kommunalaufsichtsbehörde aufgehoben wird.

Reicht die im Beschlußverfahren festgesetzte Leistung zur Deckung der Kosten nicht aus, so greift die Bestimmung des § 31 Platz.

§ 33.

Unberührt bleibt die Verpflichtung des Staates, diejenigen Kosten zu tragen, welche durch landespolizeiliche Maßnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten entstehen.

anlassung jedesmal an mich zu berichten.

Zu § 32.

Von der Befugnis zur sofortigen Durchführung einer Anordnung, welcher eine Gemeinde auch nach erneuter, angemessen befristeter Anhörung Folge zu leisten sich weigert, ist nur dann Gebrauch zu machen, wenn von der Unterlassug eine unmittelbare dringende Gefahr für das öffentliche Wohl zu besorgen ist.

Auch in solchen Fällen ist, wenn tunlich, vorgängig an mich zu berichten. Ist dies nach Lage der Verhältnisse angängig, so ist mir jedesmal sofort unter Darlegung des Sachverhalts Anzeige zu erstatten.[1])

Berlin, den 7. Oktober 1905.

Der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten.
Studt.

Die Bestimmungen des § 25 Abs. 1 haben gegen die früheren Verhältnisse, da die Kosten der ärztlichen Feststellungen der ersten Fälle ansteckender Krankheiten, welche nach § 10 des Regulativs vom 8. August 1835 die Ortspolizeibehörden zu veranlassen hatten, von den Ortsgemeinden zu tragen waren, wenigstens in allen Provinzen, in denen das Regulativ Geltung hatte, eine wesentliche Belastung der Staatskasse herbeigeführt.[2]) Tragung der Kosten.

---

[1]) Die Desinfektionsanweisung sowie die sonstigen Anlagen der Ausführungsbestimmungen sind am Schluß der Abhandlung abgedruckt.

[2]) In Abs. 2 der Ausführungsbestimmungen zu § 25 des Gesetzes wird bestimmt, daß die mit der Feststellung von Diphtherie, Körnerkrankheit oder Scharlach beauftragten Ärzte nach § 2 der Gebührenordnung usw. vom 15. Mai 1896 und nicht etwa nach dem Gebührengesetz für Medizinalbeamte vom 9. März 1872 zu liquidieren haben. Werden Medizinalbeamte mit dieser Feststellung beauftragt, so haben auch sie, da sie hier als Ärzte, nicht als Medizinalbeamte fungieren, auch nach § 2 der Gebührenordnung vom 15. Mai 1896 zu liquidieren, worauf übrigens der Herr Medizinalminister in einem Erlaß vom 21. März 1906 noch besonders hingewiesen hat.

Unterschied zwischen Reichsgesetz und preuß. Gesetz.

Zwischen dem Reichsgesetz und dem preußischen Gesetz besteht in Betreff der Kostenfrage insofern ein wichtiger Unterschied, als nach ersterem die Kosten der polizeilich angeordneten und überwachten Desinfektion und der besonderen angeordneten Vorsichtsmaßregeln für die Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung der Leichen auf Antrag aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten sind, während nach letzterem dieses nur für den Fall zu geschehen hat, daß nach Feststellung der Polizeibehörde der Zahlungspflichtige ohne Beeinträchtigung des für ihn und seine Familie notwendigen Unterhalts diese Kosten nicht zu tragen vermag.

Kosten der Absonderung.

In betreff der Kosten, welche durch die in beiden Gesetzen vorgesehene Absonderung in Krankenhäusern oder in anderen geeigneten Unterkunftsräumen entstehen, gilt dagegen für beide Gesetze dasselbe.

Bestreitung aus öffentlichen Mitteln.

Aus öffentlichen Mitteln sind diese Kosten überhaupt nur dann zu bestreiten, wenn nach Feststellung der Polizeibehörde der Zahlungspflichtige ohne Beeinträchtigung des für ihn und seine Familie notwendigen Unterhalts diese nicht zu tragen vermag. Sie sind ferner auch dann nicht aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten, wenn die abgesonderten Personen während der Dauer der Absonderung in einer ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Weise erkranken.

Letztere Ausnahmebestimmung dürfte nur auf ansteckungsverdächtige oder allenfalls krankheitsverdächtige Personen (was als krank, krankheitsverdächtig oder ansteckungsverdächtig anzusehen ist, ergibt sich aus Ziffer I der Ausführungsbestimmungen zu § 8) zu beziehen sein, da nur diese während der Dauer der Absonderung in einer ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Weise an irgend einer Krankheit erkranken können, während solche Personen, welche abgesondert wurden, weil bei ihnen eine gemeingefährliche oder sonst übertragbare Krankheit schon festgestellt war, von vornherein als arbeitsunfähig anzusehen sind, also nicht erst während der Dauer der Absonderung in einer ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Weise erkranken können.

Es scheint danach wohl, als ob die Kosten für die Absonderung solcher kranken Personen stets aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten sind, falls sie die Kosten ohne Beeinträchtigung des für sie und ihre Familie notwendigen Unterhalts zu tragen vermögen, die Fassung der gesetzlichen Bestimmungen läßt jedoch eine un-

zweifelhafte Deutung nicht zu und auch in den Motiven zu dem Gesetz findet sich kein Aufschluß über diesen Punkt.

Vom Staat oder der Kommune zu tragende Kosten.

Von wem die nach den einzelnen Bestimmungen der beiden Gesetze aus öffentlichen Mitteln zu bestreitenden Kosten und Entschädigungen zu tragen sind, wird nur in einzelnen Fällen, und zwar in dem preußischen Gesetz, direkt ausgesprochen, so außer in den oben erwähnten Bestimmungen des § 25 noch in § 4, § 31 und § 39 Abs. 2.

In allen diesen Fällen hat der Staat die Kosten zu tragen, wie er überhaupt (§ 33) diejenigen Maßnahmen zu tragen hat, welche durch landespolizeiliche Maßnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten entstehen.

Ob im Einzelfalle die aus öffentlichen Mitteln zu bestreitenden Kosten vom Staate oder der betreffenden Kommune zu tragen sind, hängt wesentlich davon ab, ob es sich um ortspolizeiliche oder landespolizeiliche Maßnahmen handelt.

In den Motiven zu dem vorliegenden Gesetz wird hierüber folgendes ausgeführt. „Während die auf die Verhütung, Bekämpfung und Beschränkung einer Seuche innerhalb einer einzelnen Gemeinde gerichteten Maßnahmen Sache der Ortspolizei sind und die entstehenden Kosten demjenigen zur Last fallen, welcher nach dem geltenden Recht die Kosten der örtlichen Polizeiverwaltung zu tragen hat, sind aus der Staatskasse die Kosten derjenigen Maßnahmen zu bestreiten, welche vornehmlich zu dem Zwecke getroffen sind, um die Einschleppung einer Seuche aus außerpreußischen Ländern in das Inland oder deren Weiterverbreitung aus einer Gegend des Staatsgebietes in die andere zu verhindern. Zu letzteren landespolizeilichen Maßnahmen würden u. a. gehören:

Einrichtungen zur Absperrung der Landesgrenze und zur Verhinderung des Eintritts seuchenkranker oder verdächtiger Personen sowie der Einführung von Gegenständen, welche mit dem Ansteckungsstoffe behaftet sind oder sein können, aus dem Auslande in das preußische Landesgebiet; Veranstaltungen zur Untersuchung der über die Landesgrenze eintretenden und zu überwachenden Personen, sowie zur Desinfektion ihrer desinfektionspflichtigen Habe und derjenigen Räume, in denen sie untergebracht sind;

die Bestellung von Ärzten und deren Gehilfen, sowie die Beschaffung der notwendigen Desinfektionsmittel zur Durchführung der vorbezeichneten Maßnahmen;

die Bestellung von Staatskommissaren, soweit es sich um Preußen allein zugehörige Stromgebiete handelt, von Hafenbeamten und von Ärzten nebst deren Hilfspersonal zur Durchführung der gesundheitlichen Kontrolle über Schiffe, Häfen und den Flußverkehr;

die Einrichtung und der Betrieb von Quarantäneanstalten in den preußischen Seehäfen nebst der nötigen Herstellung von Verbindungen der Quarantäneanstalten mit den Hafenämtern;

die Bereitstellung der zum Überwachungsdienst erforderlichen Dampfer und Boote nebst ihren Mannschaften;

die behördlich angeordneten bakteriologischen Untersuchungen, welche von den seitens der Zentralbehörden zu bestimmenden Stellen ausgeführt sind."

Schwierigkeiten der Kostenfrage.

Es dürfte aus den bisherigen Ausführungen wohl erhellen, daß es im einzelnen Falle keineswegs leicht sein kann ohne weiteres zu beurteilen, ob eine angeordnete Maßregel landespolizeilicher oder ortspolizeilicher Natur ist, und ob die Kosten vom Staate oder der in Frage kommenden Kommune zu tragen sind. Eine weitere Erörterung [1]) hierüber würde indessen über den Rahmen dieser Abhandlung ebenso hinausgehen wie ein Eingehen auf die §§ 27—33, welche die teilweise Übernahme der auf Grund der beiden Gesetze von den Gemeinden zu tragenden Kosten auf den Kreis, die Provinz oder den Staat festsetzen und das hierbei einzuschlagende Verfahren regeln.

Verpflichtungen der Gemeinden.

Hier dürfte nur noch die Bestimmung des Abs. 1 § 29 von Interesse sein, wonach die Gemeinden verpflichtet sind, diejenigen Einrichtungen, welche zur Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten notwendig sind, zu treffen und für deren ordnungsmäßige Unterhaltung zu sorgen.

Aus der Begründung des Gesetzes zu § 27 des Gesetzes ist zu entnehmen, daß es sich besonders um die Beschaffung von Beobachtungs- und Absonderungsräumen, von Unterkunftsstätten für Kranke, Desinfektionsapparaten, Beförderungsmitteln für Kranke und Verstorbene, sowie von Leichenräumen handelt.

Wenn nach Abs. 2 des § 29 die Kreise befugt sind, diese Einrichtungen an Stelle der Gemeinden zu treffen und zu unter-

[1]) Eine ausführliche Erörterung der Kostenfrage findet sich in dem Kommentar von Schmedding: Die Gesetze, betreffend Bekämpfung ansteckender Krankheiten usw. nebst Ausführungsbestimmungen, erläutert für Preußen von A. Schmedding, Landesrat, Mitglied des Hauses der Abgeordneten. Münster i. W. Aschendorffsche Buchhandlung 1905.

halten, so wird diese Bestimmung in der Begründung des Gesetzes dahin ausgelegt, daß wenn die betreffenden Einrichtungen Zwecken dienen, die über die Grenzen einer einzelnen Gemeinde hinausgehen, den Kreisen die Verpflichtung zur Gewährung einer entsprechenden Beihilfe auferlegt werden kann.

Siebenter Abschnitt.

Strafvorschriften.

§ 34.

Mit Gefängnis bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu sechshundert Mark wird bestraft:

1. wer wissentlich bewegliche Gegenstände, für welche auf Grund der §§ 8 und 11 des gegenwärtigen Gesetzes eine Desinfektion polizeilich angeordnet war, vor Ausführung der angeordneten Desinfektion in Gebrauch nimmt, an andere überläßt oder sonst in Verkehr bringt;
2. wer wissentlich Kleidungsstücke, Leibwäsche, Bettzeug oder sonstige bewegliche Gegenstände, welche von Personen, die an Diphtherie, Genickstarre, Kindbettfieber, Lungen- und Kehlkopfstuberkulose, Rückfallfieber, Ruhr, Scharlach, Typhus, Milzbrand und Rotz litten, während der Erkrankung gebraucht oder bei deren Behandlung und Pflege benutzt worden sind, in Gebrauch nimmt, an andere überläßt oder sonst in Verkehr bringt, bevor sie den von dem Minister der Medizinalangelegenheiten erlassenen Bestimmungen entsprechend desinfiziert worden sind;
3. wer wissentlich Fahrzeuge oder sonstige Gerätschaften, welche zur Beförderung von Kranken oder Verstorbenen der in Nr. 2 bezeichneten Art gedient haben, vor Ausführung der polizeilich angeordneten Desinfektion benutzt oder anderen zur Benutzung überläßt.

§ 35.

Mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Mark oder mit Haft wird bestraft:

1. wer die ihm nach den §§ 1 bis 3 oder nach den auf Grund des § 5 des gegenwärtigen Gesetzes von dem Staatsministerium erlassenen Vorschriften obliegende Anzeige schuldhaft unterläßt. Die Strafverfolgung tritt nicht ein, wenn die Anzeige, obwohl nicht von dem zunächst Verpflichteten, doch rechtzeitig gemacht worden ist;
2. wer bei den in dem § 6 Abs. 1 des gegenwärtigen Gesetzes aufgeführten Krankheiten sowie in den Fällen des § 7 dem beamteten Arzte den Zutritt zu dem Kranken oder zur Leiche oder die Vornahme der erforderlichen Untersuchungen verweigert;
3. wer bei den übertragbaren Krankheiten, auf welche die Bestimmungen des § 7 Abs. 3 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, für anwendbar erklärt worden sind (§§ 6 Abs. 1, 7 des gegenwärtigen Gesetzes), diesen Bestimmungen zuwider über die daselbst bezeichneten Umstände dem beamteten Arzte oder der zuständigen Behörde die Auskunft verweigert oder wissentlich unrichtige Angaben macht;
4. wer den auf Grund der §§ 8 und 11 des gegenwärtigen Gesetzes in Verbindung mit § 13 des vorbezeichneten Reichsgesetzes über die Meldepflicht erlassenen Anordnungen zuwiderhandelt.

§ 36.

Mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Mark oder mit Haft wird, sofern nicht nach den bestehenden gesetzlichen Bestimmungen eine höhere Strafe verwirkt ist, bestraft:

1. wer bei den in dem § 6 Abs. 1 des gegenwärtigen Gesetzes bezeichneten Krankheiten sowie in den Fällen des § 7 den nach § 9 des Reichgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, von dem beamteten Arzte oder dem Vorsteher der Ortschaft getroffenen vorläufigen Anordnungen oder den nach § 10 des vorbezeichneten Reichsgesetzes von der zuständigen Behörde erlassenen Anordnungen zuwiderhandelt;
2. wer bei den in dem § 8 des gegenwärtigen Gesetzes aufgeführten Krankheiten sowie in den Fällen des § 11 den nach § 12, § 14 Abs. 5, §§ 15, 17, 19 und 21 des vorbezeichneten Reichsgesetzes getroffenen polizeilichen Anordnungen zuwiderhandelt;
3. wer bei den in dem § 10 des gegenwärtigen Gesetzes aufgeführten Krankheiten den nach § 24 des vorbezeichneten Reichsgesetzes erlassenen Vorschriften zuwiderhandelt;
4. Ärzte sowie andere die Heilkunde gewerbsmäßig betreibende Personen, Hebammen oder Wochenbettpflegerinnen, welche den Vorschriften in dem § 8 Nr. 3 Abs. 2 und 3 des gegenwärtigen Gesetzes zuwiderhandeln.

Straf-vorschriften.

Die Strafvorschriften des preußischen Gesetzes sind, wie auch in den Motiven hervorgehoben wird, denen des Reichsgesetzes nachgebildet, enthalten aber mehrfach mildere Bestimmungen.

So werden die in § 3 des preußischen Gesetzes unter Ziffer 1—3 benannten Verfehlungen gegen das Gesetz mit Gefängnis bis zu 6 Monaten oder mit Geldstrafe bis zu sechshundert Mark bedroht, während bei den gleichen Verfehlungen in § 44 des Reichsgesetzes nur Gefängnisstrafe, und zwar bis zu 3 Jahren zulässig ist. Daß die Bestimmungen unter Ziffer 2 des § 34 sich nicht auf Tollwut, Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung erstrecken, ist nur selbstverständlich, da hier überhaupt keine Desinfektion in Frage kommt. Sie auch auf Körnerkrankheit zu erstrecken hat man wohl Abstand genommen, da hier die Gefahr der Übertragung auf andere durch nicht desinfizierte Wäschestücke eine verhältnismäßig geringe ist.

Auch die Bestimmungen in § 35 unter Ziffer 1 des preußischen Gesetzes sind milder als die entsprechenden in Abs. 1 § 45 des Reichsgesetzes, da dort nur schuldhafte Unterlassung (es muß also ein Verschulden, sei es aus bösem Willen, sei es auch Nachlässigkeit, vorliegen) der Anzeige strafbar gemacht wird, während nach dem Reichsgesetz die Unterlassung der Anzeige ohne weiteres strafbar ist.

Aus der Fassung des Abs. 1 Ziffer 1 des § 35 ergibt sich übrigens von selbst, daß auch die Verzögerung der Anzeige (über 24 Stunden nach erlangter Kenntnis) strafbar ist, wenn dieses auch nicht wie im Reichsgesetz noch besonders hervorgehoben ist. Für die Fälle, in denen im Auftrage der Ortspolizeibehörde die ärztliche Feststellung von Diphtherie, Körnerkrankheit oder Scharlach erfolgen soll und dem hiermit beauftragten Arzte etwa der Zutritt zu dem Kranken usw. (§ 45 Ziffer 2) verweigert oder ihm Auskunft verweigert oder wissentlich falsche Angaben gemacht werden (Ziffer 3), fehlen allerdings besondere Strafbestimmungen, wie schon Martinek[1]) hervorhebt.

Wenn, wie oben in den Erläuterungen zu § 6 an entsprechender Stelle erwähnt wurde, ein Organ der Ortspolizeibehörde den Arzt begleitet, dürfte aber gegebenenfalls § 113 des StrGB. in Anwendung kommen.

Achter Abschnitt.

Schlußbestimmungen.

§ 37.

Mit dem Zeitpunkte des Inkrafttretens des gegenwärtigen Gesetzes werden die zurzeit bestehenden gesetzlichen Bestimmungen über die Bekämpfung ansteckender Krankheiten aufgehoben.

Insbesondere treten die Vorschriften des Regulativs vom 8. August 1835 (Gesetz-Samml. S. 240), jedoch unbeschadet der Bestimmung des § 10 Abs. 3 des Gesetzes, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen, vom 16. September 1899 (Gesetz-Samml. S. 172), über die Belassung der Sanitätskommissionen in größeren Städten, außer Kraft.

Unberührt bleiben auch die Vorschriften des § 55 des Regulativs sowie die sonst bestehenden gesetzlichen Vorschriften über Zwangsimpfungen bei dem Ausbruch einer Pockenepidemie.

§ 38.

Diejenigen Vorschriften des gegenwärtigen Gesetzes, welche sich auf Genickstarre beziehen, treten mit dem Tage der Verkündigung dieses Gesetzes in Kraft.

Im übrigen wird der Zeitpunkt des Inkrafttretens des gegenwärtigen Gesetzes durch Königliche Verordnung bestimmt.

Der Minister der Medizinalangelegenheiten erläßt, und zwar, soweit der Geschäftsbereich anderer Minister beteiligt ist, im Einvernehmen mit diesen, die zur Ausführung des Gesetzes erforderlichen Bestimmungen.

---

[1]) Einführung in das preußische Seuchengesetz vom 28. August 1905 nebst einem Anhang über die sich daraus ergebenden Rechte und Pflichten des behandelnden Arztes. Von Dr. Martinek, Oberarzt beim Sanitätsamt V. Armeekorps. Posen. Urban und Schwarzenberg 1906.

Urkundlich unter Unserer Höchsteigenhändigen Unterschrift und beigedrucktem Königlichen Insiegel.

Gegeben Neues Palais, den 28. August 1905.

(L. S.) **Wilhelm.**

Zugleich für den Finanzminister.

Fürst v. Bülow. Studt. v. Podbielski. Möller.
v. Budde. v. Einem. v. Bethmann Hollweg.

(Nr. 10650). Verordnung über das Inkrafttreten des Gesetzes, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Vom 10. Oktober 1905.

Wir Wilhelm, von Gottes Gnaden König von Preußen etc. verordnen auf Grund des § 38 des Gesetzes, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 28. August d. J., was folgt:

Einziger Paragraph.

Das Gesetz, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 28. August d. J. tritt, soweit es nicht mit dem Tage der Verkündigung in Kraft getreten ist, am 20. Oktober d. J. in Kraft.

Urkundlich unter Unserer Höchsteigenhändigen Unterschrift und beigedrucktem Königlichen Insiegel.

Gegeben Glücksburg, den 10. Oktober 1905.

(L. S.) **Wilhelm.**

Fürst v. Bülow. Schönstedt. Gr. v. Posadowsky. v. Tirpitz.
Studt. Frhr. v. Rheinbaben. Möller. v. Budde. v. Einem.
Frhr. v. Richthofen. v. Bethmann Hollweg.

Bestehenbleiben einzelner Bestimmungen des Regulativs.

Durch das preußische Gesetz vom 28. Juni 1905 ist somit ein ganzes Gesetz, das Regulativ vom 8. August 1835 durch den Erlaß eines neuen sonst aufgehoben worden, doch bleiben einzelne Bestimmungen des alten Gesetzes in Kraft. Letztere betreffen einmal die Sanitätskommissionen in größeren Städten. In dem Gesetz, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen vom 18. September 1899 (Ges.-Samml. S. 172) waren durch § 16 die im Regulativ vorgesehenen Sanitätskommissionen aufgehoben worden, der Medizinalminister aber nach § 10 Abs. 3 ermächtigt, es in größeren Städten bei der früheren Einrichtung der Sanitätskommissionen gemäß § 1—8 des Regulativs zu belassen (tatsächlich ist die Einrichtung der Sanitätskommissionen nur in der Stadt Berlin bestehen geblieben). Diese Ermächtigung des Medizinalministers die Einrichtung der Sanitätskommissionen in größeren Städten weiter bestehen zu lassen — tatsächlich ist diese Einrichtung allerdings nur in der Stadt Berlin bisher bestehen geblieben — ist auch durch das Gesetz vom 28. August 1905 nicht berührt worden. Außerdem bleiben auch durch das vorliegende Gesetz die Vorschriften des § 55 des Regulativs

sowie die sonst bestehenden gesetzlichen Vorschriften[1]) über die Zwangsimpfungen unberührt. Paragraph 55 des Regulativs lautet: „Brechen in einem Hause die Pocken aus, so ist genau zu untersuchen, ob in demselben noch ansteckungsfähige Individuen vorhanden sind, deren Vaccination dann in kürzester Zeit vorgenommen werden muß. Bei weiterer Verbreitung der Krankheit sind zugleich sämtliche Einwohner auf die drohende Gefahr aufmerksam zu machen und aufzufordern, ihre noch ansteckungsfähigen Angehörigen schleunigst vaccinieren zu lassen, zu welchem Ende von seiten der Medizinalpolizei die nötigen Veranstaltungen getroffen und erforderlichenfalls Zwangsimpfungen bewirkt werden sollen.

Anlage 1.

Anzeige eines Falles von

1. Aussatz (Lepra) oder Aussatzverdacht. — 2. Bißverletzung durch ein tolles oder tollwutverdächtiges Tier. — 3. Cholera (asiatische) oder Choleraverdacht. — 4. Diphtherie (Rachenbräune). — 5. Fleckfieber (Flecktyphus) oder Fleckfieberverdacht. — 6. Fleisch-, Fisch- oder Wurstvergiftung. — 7. Gelbfieber oder Gelbfieberverdacht. — 8. Genickstarre (übertragbare). — 9. Kindbettfieber (Wochenbett- — Puerperalfieber). — 10. Körnerkrankheit (Granulose, Trachom). — 11. Lungen- und Kehlkopftuberkulose (nur bei Todesfällen). — 12. Milzbrand. — 13. Pest (orientalische Beulenpest), oder Pestverdacht. — 14. Pocken (Blattern) oder Pockenverdacht. — 15. Rotz. — 16. Rückfallfieber (Febris recurrens). — 17. Ruhr, übertragbare (Dysenterie). — 18. Scharlach (Scharlachfieber). — 19. Tollwut (Lyssa). — 20. Trichinose. — 21. Typhus (Unterleibstyphus).

(Das Zutreffende ist zu unterstreichen.)

Ort der Erkrankung: . . . .
Wohnung (Straße, Hausnummer, Stockwerk): . . . .
des Erkrankten . . . .
Familienname: . . . .
Geschlecht: männlich, weiblich. (Zutreffendes ist zu unterstreichen.)
Alter: . . . .
Stand oder Gewerbe: . . . .
Stelle der Beschäftigung: . . . .
Tag der Erkrankung: . . . .
Tag des Todes: . . . .
Sind schulpflichtige Kinder in dem Hausstande vorhanden? . . . .
Name und Wohnung des behandelnden Arztes: . . . .
Bemerkungen (insbesondere auch ob, wann und woher zugereist): . . . .

. . . ., den . ten . . . 19 . .

(Unterschrift.)

[1]) Die Bestimmungen des § 55 haben nur in den Provinzen Geltung, in welchen überhaupt das Regulativ in Geltung war, in den neuen Provinzen kommen eventuell frühere landesrechtliche Bestimmungen in Frage.

Anlage 2.

Liste der Fälle von ....

1	2	3	4		5	6	7	8	9	10	11	12
		des Erkrankten						Tag				
Ort der Erkrankung	Wohnung (Straße, Hausnummer, Stockwerk)	Familienname	Geschlecht männl.	Geschlecht weibl.	Alter Jahre	Stand oder Gewerbe	Stelle der Beschäftigung	der Erkrankung	der Anzeige	des Todes	Name und Wohnort des behandelnden Arztes	Bemerkungen (ob, wann und woher zugereist; bakteriologisch festgestellt, wann und von wem; Infektion durch Milch, Wasser u. dgl. m.)

Anlage 3.

Nachweisung

über die im Kreise .... in der Woche vom .... bis .... 19.........
amtlich gemeldeten Fälle von übertragbaren Krankheiten.

Ortschaften	1 Aussatz		2 Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere		3 Cholera		4 Diphtherie		5 Fleckfieber		6 Gelbfieber		7 Genickstarre (übertragbar)		8 Kindbettfieber		9 Körnerkrankheit		10 Lungen- und Kehlkopftuberkulose	
	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.			T.

Ortschaften	11 Milzbrand		12 Pest		13 Pocken		14 Rotz		15 Rückfallfieber		16 Ruhr (übertragbar)		17 Scharlach		18 Tollwut		19 Unterleibstyphus		20		21	
	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.

Anlage 4.

Nachweisung

über die im Regierungsbezirk .... in der Woche vom .... bis .... 19...

amtlich gemeldeten Fälle von übertragbaren Krankheiten.

Kreise	1			2			3			4			5			6			7			8			9			10			11		
	Aussatz			Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere			Cholera			Diphtherie			Fleckfieber			Gelbfieber			Genickstarre (übertragbar)			Kindbettfieber			Körnerkrankheit			Lungen- und Kehlkopftuberkulose			Milzbrand		
	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	F.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.

Kreise	12			13			14			15			16			17			18			19			20			21		
	Pest			Pocken			Rotz			Rückfallfieber			Ruhr (übertragbar)			Scharlach			Tollwut			Unterleibstyphus								
	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.

Anlage 5.

Desinfektionsanweisung.

I. Desinfektionsmittel.

1. Karbolsäure.

a) Starke Karbolsäurelösung (etwa 5 proz.).

1 Gewichtsteil verflüssigte Karbolsäure (Acidum carbolicum liquefactum des Arzneibuchs für das Deutsche Reich) wird in 18 Gewichtsteilen Wasser gelöst.

b) Schwache Karbolsäurelösung (etwa 3 proz.).

1 Gewichtsteil verflüssigte Karbolsäure (Acidum carbolicum liquefactum d. A.B. f. d. D. R.) wird mit 20 Gewichtsteilen Wasser gemischt.

Die Wirksamkeit der Karbolsäurelösungen kann erheblich erhöht werden durch Zusatz von 5 proz. Kochsalz (auch Viehsalz).

2. Kresol.

a) Kresolwasser (5 proz.). Zur Herstellung wird 1 Gewichtsteil Kresolseifenlösung (Liquor Cresoli saponatus d. A.B. f. d. D. R.) mit 9 Gewichtsteilen Wasser gemischt. 100 Gewichtsteile enthalten 5 Gewichtsteile rohes Kresol.

b) Verdünntes Kresolwasser (2,2 proz.). Zur Herstellung wird 1 Gewichtsteil Kresolseifenlösung (Liquor Cresoli saponatus d. A.B. f. d. D. R.) mit 19 Gewichtsteilen Wasser gemischt. 100 Gewichtsteile enthalten 2,5 Gewichtsteile rohes Kresol.

3. Kresolschwefelsäure.

Zur Herstellung werden 2 Gewichtsteile (2 Raumteile) rohes Kresol (Cresolum crudum d. A.B. f. d. D. R.) mit 1,8 Gewichtsteilen (etwa 1 Raumteil) roher Schwefelsäure (Acidum sulfuricum crudum d. A.B. f. d. D. R.) bei gewöhnlicher Temperatur gemischt und 24 Stunden stehen gelassen.

Durch Lösen von 3 Raumteilen dieser Mischung in 97 Raumteilen Wasser wird die gebrauchsfähige Kresolschwefelsäurelösung (etwa 3,8 proz.) hergestellt.

Das Gemisch darf zur Herstellung der Lösung frühestens 24 Stunden nach seiner Bereitung benutzt werden; es behält seine volle Wirksamkeit bei Aufbewahrung in gut verschlossenen Gefäßen etwa 6 Monate lang.

Die Kresolschwefelsäurelösung soll nicht länger als 24 Stunden nach der Zubereitung verwendet werden.

4. Kalk.

Frisch gebrannter Kalk (Calcaria usta d. A.B. f. d. D. R.) sog. Ätzkalk. Er ist vor dem Gebrauche zu löschen; zu diesem Zwecke wird er unzerkleinert in ein geräumiges Gefäß gelegt und mit Wasser (etwa der halben Gewichtsmenge des Kalkes) gleichmäßig besprengt; er zerfällt hierbei unter starker Erwärmung und unter Aufblähen zu Pulver.

Frisch gebrannter Kalk wird verwendet:

a) in trockener Form als Pulver;

b) als dicke Kalkmilch; sie wird bereitet aus annähernd gleichen Raumteilen Kalkpulver und Wasser; das Wasser ist allmählich unter stetem Rühren zuzusetzen;

c) als dünne Kalkmilch; sie wird in der Weise hergestellt, daß dicke Kalkmilch (zu b) mit gleichen Raumteilen Wasser verrührt wird.

Zu a—c. Kalk und Kalkmilch verlieren, wenn sie nicht innerhalb

weniger Stunden nach der Bereitung Verwendung finden oder in gut geschlossenen Gefäßen aufbewahrt werden, an ihrer Wirksamkeit; Kalkmilch ist vor dem Gebrauch umzuschütteln oder umzurühren.

5. Chlorkalk.

Chlorkalk (Calcaria chlorata d. A.B. f. d. D. R.) hat nur dann eine ausreichende desinfizierende Wirkung, wenn er frisch bereitet oder in dicht geschlossenen Gefäßen aufbewahrt ist; er soll einen chlorähnlichen Geruch haben und auf Zusatz von Essig reichlich Chlor entwickeln.

Chlorkalk wird verwendet:

a) in trockener Form als Pulver;
b) als dicke Chlorkalkmilch; sie wird bereitet durch Zusatz von 3 Raumteilen Wasser zu 1 Raumteil Chlorkalkpulver;
c) als dünne Chlorkalkmilch; sie wird bereitet durch Zusatz von 20 Raumteilen Wasser zu 1 Raumteil Chlorkalkpulver.

Chlorkalkmilch muß jedesmal frisch vor dem Gebrauche bereitet werden.

Die Wirkung des Chlorkalks und der Chlorkalkmilch kann in geeigneten Fällen dadurch erhöht werden, daß man der zu desinfizierenden Flüssigkeit eine Säure (Essig oder dgl.) zusetzt.

6. Schmierseife.

(Etwa 3 proz. Lösung.) 3 Gewichtsteile Schmierseife (Sapo kalinus venalis d. A.B. f. d. D. R.), sog. grüne oder schwarze Seife, werden in 100 Gewichtsteilen siedend heißem Wasser gelöst (z. B. ½ kg Seife in 17 Liter Wasser). Die Lösung ist heiß zu verwenden.

7. Sodalösung.

(Etwa 2 proz.) Zur Herstellung werden mindestens 2 Gewichtsteile Soda (Natrium carbonicum crudum d. A.B. f. d. D. R.) in 100 Gewichtsteilen warmen Wassers gelöst (z. B. 200 g Soda in 10 Liter Wasser). Die Lösung ist heiß zu verwenden. (An Stelle der Sodalösung kann im Notfalle, aber nur zu der der Desinfektion vorausgehenden Reinigung, Holzaschen- oder Seifensiederlauge verwendet werden.)

8. Formaldehyd.

(Etwa 35 proz. Lösung.) Formaldehyd ist ein stechend riechendes, auf die Schleimhäute der Luftwege, der Nase, der Augen reizend wirkendes Gas, das sich entweder durch Zerstäuben mit Wasserdampf aus der etwa 35 Proz. Formaldehyd enthaltenden käuflichen wässerigen Formaldehydlösung (Formaldehydum solutum d. AB. f. d. D. R.) oder durch ein anderes zweckdienliches Verfahren entwickeln läßt. Die Formaldehydlösung ist bis zur Benutzung gut verschlossen und vor Licht geschützt aufzubewahren. Bei längerem Aufbewahren kann sich aus der wässerigen Formaldehydlösung eine weiße, weiche, flockige Masse abscheiden (Paraformaldehyd), wodurch die Lösung weniger wirksam, unter Umständen sogar vollkommen unwirksam wird. Sobald sich eine stärkere flockige Ausscheidung in der Lösung bemerkbar macht, ist sie für Desinfektionszwecke nicht mehr zu benutzen.

9. Wasserdampf.

Der Wasserdampf muß die Temperatur des bei Atmosphärendruck siedenden Wassers haben. Zur Desinfektion mit Wasserdampf sind nur solche Apparate und Einrichtungen zu verwenden, welche von Sachverständigen geprüft und geeignet befunden worden sind.

Die Prüfung derartiger Apparate und Einrichtungen hat sich zu er-

strecken namentlich auf die Anordnung der Dampfzuleitung und -ableitung, auf die Handhabungsweise und auf die für eine ausreichende Desinfektion erforderliche Dauer der Dampfeinwirkung.

Auch Notbehelfeinrichtungen können unter Umständen ausreichen, so z. B. auf Dampfern, die Benutzung von Badewannen mit Dampfzuleitung, Badekammern, Tanks, Holzbottichen, Baljen u. dgl. Jedoch ist es auch hier nötig, daß sie zuvor von Sachverständigen geprüft werden, und daß bei jeder neuen Desinfektion genau dieselbe Anordnung in der Dampfzuleitung und -ausströmung, derselbe Dampfdruck und dieselbe Dauer der Dampfeinwirkung innegehalten werden, welche bei der Prüfung als zweckmäßig befunden worden sind.

Die Bedienung der Apparate usw. ist, wenn irgend angängig, geprüften Desinfektoren zu übertragen.

10. Siedehitze.

Auskochen in Wasser, Salzwasser, Sodalösung oder Lauge (Ziffer 7 Abs. 2) wirkt desinfizierend. Die Flüssigkeit muß die Gegenstände vollständig bedecken und das Wasser 1 Stunde, die Sodalösung oder Lauge aber mindestens $^1/_2$ Stunde im Sieden gehalten werden.

11. Feuer.

Verbrennen im offenen Feuer bei Gegenständen von geringem Werte.

Feuerfeste Gegenstände werden durch Einlegen in Feuer — Flammfeuer oder glühende Kohle — desinfiziert.

Die Oberfläche mancher Gegenstände kann durch gründliches Ansengen desinfiziert werden.

12. Vergraben.

Die in Betracht kommenden Gegenstände (Tierkörper, Dünger u. dgl.) sind so zu vergraben, daß sie mit einer mindestens 1 m starken Erdschicht bedeckt werden.

13. Steinkohlen- oder Holzteer.

Unter den angeführten Desinfektionsmitteln ist die Auswahl nach Lage der Umstände zu treffen. In Ausnahmefällen dürfen seitens der beamteten Ärzte unter Umständen auch andere in bezug auf ihre desinfizierende Wirksamkeit erprobte Mittel angewendet werden, jedoch müssen die Mischungs- bzw. Lösungsverhältnisse, sowie die Verwendungsweise solcher Mittel so gewählt werden, daß der Erfolg einer mit den unter 1—12 bezeichneten Mitteln ausgeführten Desinfektion nicht nachsteht.

II. Anwendung der Desinfektionsmittel im einzelnen.

1. Alle Ausscheidungen der Kranken (Wund- und Geschwürausscheidungen, Blut, Auswurf, Erbrochenes, Rachen- und Nasenschleim, etwaige bei Sterbenden aus Mund und Nase hervorgequollene schaumige Flüssigkeit, Urin und Stuhlgang) sind mit dem unter I. 2a beschriebenen verdünnten Kresolwasser oder durch Siedehitze (I. 10) zu desinfizieren. Es empfiehlt sich, solche Ausscheidungen unmittelbar in Gefäßen aufzufangen, welche die Desinfektionsflüssigkeit in mindestens gleicher Menge enthalten, und sie hiermit gründlich zu verrühren. Verbandgegenstände sind, wenn das Verbrennen derselben (I. 11) nicht angängig ist, unmittelbar nach dem Gebrauch ebenfalls in solche mit verdünntem Kresolwasser (I. 2b) beschickte Gefäße zu legen, so daß sie von der Flüssigkeit vollständig bedeckt sind.

Die Gemische sollen mindestens zwei Stunden stehen bleiben und dürfen erst dann beseitigt werden.

Der Fußboden des Krankenzimmers ist täglich mit desinfizierenden Flüssigkeiten aufzuwaschen, Kehricht ist zu desinfizieren oder zu verbrennen.

Schmutzwässer sind mit Chlorkalk oder Kalkmilch zu desinfizieren, und zwar ist vom Chlorkalk so viel zuzusetzen, bis die Flüssigkeit stark nach Chlor riecht, von Kalkmilch so viel, daß das Gemisch rotes Lackmuspapier stark und dauernd blau färbt. In allen Fällen darf die Flüssigkeit erst nach zwei Stunden abgegossen werden. Badewässer sind wie Schmutzwässer zu behandeln.

2. Hände und sonstige Körperteile müssen jedesmal, wenn sie mit infizierten Dingen (Ausscheidungen der Kranken, beschmutzter Wäsche usw.) in Berührung gekommen sind, durch gründliches Waschen mit schwacher Karbolsäurelösung (I. 1 b) oder verdünntem Kresolwasser (I. 2 b) desinfiziert werden.

3. Bett- und Leibwäsche, sowie waschbare Kleidungsstücke u. dgl. sind entweder auszukochen (I. 10) oder in ein Gefäß mit verdünntem Kresolwasser oder Karbolsäurelösung (I. 2 b, 1 b) zu stecken. Die Flüssigkeit muß in den Gefäßen die eingetauchten Gegenstände vollständig bedecken. In dem Kresolwasser oder der Karbolsäurelösung bleiben die Gegenstände wenigstens zwei Stunden. Dann werden sie mit Wasser gespült und weiter gereinigt. Das dabei ablaufende Wasser kann als unverdächtig behandelt werden.

4. Kleidungsstücke, die nicht gewaschen werden können, Matratzen, Teppiche, und alles, was sich zur Dampfdesinfektion eignet, sind in Dampfapparaten zu desinfizieren (I. 9).

5. Alle diese zu desinfizierenden Gegenstände sind beim Zusammenpacken und bevor sie nach den Desinfektionsanstalten oder -apparaten geschafft werden, in Tücher, welche mit Karbolsäurelösung (I. 1 b) angefeuchtet sind, einzuschlagen und, wenn möglich, in gut schließenden Gefäßen zu verwahren.

Wer solche Wäsche usw. vor der Desinfektion angefaßt hat, muß seine Hände in der unter Ziffer 2 angegebenen Weise desinfizieren.

6. Zur Desinfektion infizierter oder der Infektion verdächtiger Räume, namentlich solcher, in denen Kranke sich aufgehalten haben, sind zunächst die Lagerstellen, Gerätschaften u. dgl., ferner die Wände und der Fußboden, unter Umständen auch die Decke mittels Lappen, die mit verdünntem Kresolwasser oder Karbolsäurelösung (I. 2 b, 1 b) getränkt sind, gründlich abzuwaschen; besonders ist darauf zu achten, daß diese Lösungen auch in alle Spalten, Risse und Fugen eindringen.

Die Lagerstellen von Kranken oder von Verstorbenen und die in der Umgebung auf wenigstens 2 m Entfernung befindlichen Gerätschaften, Wand- und Fußbodenflächen sind bei dieser Desinfektion besonders zu berücksichtigen.

Alsdann sind die Räumlichkeiten und Gerätschaften mit einer reichlichen Menge Wasser oder Schmierseifenlösung (I. 6) zu spülen. Nach ausgeführter Desinfektion ist gründlich zu lüften.

7. Die Anwendung des Formaldehyds (I. 9) empfiehlt sich besonders zur sogenannten Oberflächendesinfektion. Außerdem gewährt sie den Desinfektoren einen gewissen Schutz vor einer Infektion bei mechanischen Desinfektionsarbeiten; sie ist möglichst vor dem Beginne sonstiger Desinfektion in der Weise auszuführen, daß die zu desinfizierenden Räumlichkeiten erst nach der beendeten Formaldehyddesinfektion betreten zu werden brauchen.

Nach voraufgegangener Desinfektion mittels Formaldehyds können nur die

Wände, die Zimmerdecke, die freien glatten Flächen der Gerätschaften als desinfiziert gelten. Alles übrige, namentlich alle diejenigen Teile, welche Risse und Fugen aufweisen, sind gemäß den vorstehend gegebenen Vorschriften noch besonders zu desinfizieren.

8. Gegenstände aus Leder, Holz- und Metallteile von Möbeln, sowie ähnliche Gegenstände werden sorgfältig und wiederholt mit Lappen abgerieben, die mit verdünntem Kresolwasser oder Karbolsäurelösung (I. 2b, 1b) befeuchtet sind. Die gebrauchten Lappen sind zu verbrennen.

Pelzwerk wird auf der Haarseite bis auf die Haarwurzel mit verdünntem Kresolwasser oder Karbolsäurelösung (I. 2b, 1b) durchweicht. Nach zwölfstündiger Einwirkung der Desinfektionsflüssigkeit darf es ausgewaschen und weiter gereinigt werden.

Plüsch- und ähnliche Möbelbezüge werden nach Ziffer 3 und 4 desinfiziert oder mit verdünntem Kresolwasser oder Karbolsäurelösung (I. 2b, 1b) durchfeuchtet, feucht gebürstet und mehrere Tage hintereinander gelüftet und dem Sonnenlicht ausgesetzt.

Von Kranken benutzte Eß- und Trinkgeschirre oder Geräte sind entweder auszukochen (I. 10) oder mit heißer Schmierseifenlösung (I. 6) ½ Stunde lang stehen zu lassen und dann gründlich zu spülen. Waschbecken, Spucknäpfe, Nachttöpfe u. dgl. werden nach Desinfektion des Inhalts (Ziffer 1) gründlich mit verdünntem Kresolwasser ausgescheuert.

9. Gegenstände von geringem Werte (Inhalt von Strohsäcken, gebrauchte Lappen u. dgl. sind zu verbrennen (I. 11).

10. Soll sich die Desinfektion auch auf Personen erstrecken, so ist dafür Sorge zu tragen, daß sie ihren ganzen Körper mit Seife abwaschen und ein vollständiges Bad nehmen. Ihre Kleider und Effekten sind nach Ziffer 3 und 4 zu behandeln, das Badewasser nach Ziffer 1.

11. Die Leichen der Gestorbenen sind in Tücher zu hüllen, welche mit einer der unter I. 1 und 2 aufgeführten desinfizierenden Flüssigkeiten getränkt sind, und alsdann in dichte Särge zu legen, welche am Boden mit einer reichlichen Schicht Sägemehl, Torfmull oder anderen aufsaugenden Stoffen bedeckt sind.

12. Abweichungen von den Vorschriften unter Ziffer 1 bis 13 sind zulässig, soweit nach dem Gutachten des beamteten Arztes die Wirkung der Desinfektion gesichert ist.

Über das Verhältnis der Individual- und Sozialhygiene zu den Zielen der generativen Hygiene.

Von Dr. med. W. SCHALLMAYER, Solln bei München.

Wenn hier an Stelle der gegenwärtig meistgebrauchten Bezeichnung „Rassenhygiene“ die Benennung „generative Hygiene“ gesetzt wird, so geschieht es nicht aus Liebhaberei für Schaffung gleichbedeutender Bezeichnungen und ebensowenig etwa aus puritanischer Abneigung gegen die Bastardverbindung eines deutschen mit einem griechischen Wort. Denn ein allzuspröder Inzuchtgeist scheint mir auch bei der sprachlichen Entwicklung, ähnlich wie bei der generativen, nicht besonders gedeihlich zu wirken, weshalb ich ja auch kein Bedenken trage, das aus dem Griechischen entlehnte Wort Hygiene mit dem Beiwort generativ zu verbinden, das, wenn auch sein Stamm ebensogut griechisch wie lateinisch ist (γένος, genus), doch unmittelbar aus dem lateinischen Lehnwort Generationen abgeleitet ist. Sondern die Wahl obiger Bezeichnung entspringt dem sehr dringenden Bedürfnis, die junge Nationaleugenik, deren wissenschaftlicher Aufbau nur mittels vorurteilslosen, durch strenge Selbstkritik geleiteten Suchens nach Erkenntnis gelingen kann und deren praktische Betätigung einen das heutige Niveau überragenden sittlichen Idealismus weiter Bevölkerungskreise voraussetzt, reinzuhalten von der leider sehr beliebten Verquickung mit den wissenschaftlich gar wenig geläuterten Doktrinen und sittlich ganz ungezügelten Motiven und Tendenzen der „Arier“- und „Germanentheorie“, deren Verkünder und Nachbeter ihre Vorurteile viel zu sehr lieben, als daß sie fähig oder auch nur geneigt wären, unbefangen und mit unablässiger Selbstkontrolle nach Erkenntnis der Wirklichkeit zu streben. In der Tat machen deren, zur Zeit epidemisch auftretende Schriften auf die Unparteiischen — die Bedingungen für unparteiisches Beobachten dürften wohl auch bei

mir so ziemlich vorhanden sein — fast durchaus den Eindruck, daß sie hauptsächlich nur den Anschein von Wissenschaftlichkeit erstreben, um die von ihnen gehegten und gepflegten naiven Leidenschaften des Rassedünkels und des Rassenhasses mit einem hohes Ansehen verleihenden Gewand auszustatten. Das Ideal einer generativen Volksveredlung ist ein so hohes und begeisterungswürdiges, daß uns die Versuche, seine Kraft und Reinheit durch Liebäugeln mit sinn- und ziellosen „rassenpolitischen“ Tendenzen und durch naiv unkritisches Verherrlichen der eigenen Rasse zu schwächen und zu trüben, nicht nur im Stillen mit Bedauern erfüllen müssen, sondern uns auch verpflichten, dieser kompromittierenden und verderblichen Verkoppelung nach Kräften entgegenzutreten. Dieser Verkoppelung wird aber durch die Bezeichnung Rassenhygiene (oder durch den Gebrauch, der von ihr tatsächlich gemacht wird) leider Vorschub geleistet. Jedenfalls läßt das Wort mindestens einen Zweifel darüber zu, ob „Rassen“ als pluraler oder singularer Genitiv zu verstehen ist. Erstere Auffassung ist sicher sogar die näherliegende und scheint auch bei manchen einer Herzensneigung besser zu entsprechen. Und obschon die einführenden Worte, mit denen z. B. A. Ploetz sein Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie eröffnete, zweifellos zu der Auffassung berechtigten, daß in diesem Organe Rassenhygiene nichts anderes bedeuten solle als Hygiene der Rasse im entwicklungsbiologischen Sinn und mit Ausschluß der ethnographischen Bedeutung des Wortes Rasse, so wurde doch beispielshalber an meiner „Vererbung und Auslese“ gerade in diesem Organ mit möglichst ostentativer Emphase ihr „rassenpolitischer Defekt“ gerügt.

Nur wenig wäre gegen die Bezeichnung Rassehygiene einzuwenden, weil hierbei durch den unzweifelhaften Singular von Rasse mindestens andeutungsweise ausgedrückt wäre, daß Rasse hier nicht in der ethnographischen, sondern lediglich in der entwicklungsbiologischen Bedeutung des Wortes aufzufassen sei, wie es einer Rassehygiene entspräche, deren Grundsätze auf jede beliebige Rasse oder Nation, gleichgültig aus welchen Rassenmischungen sie bestehen mag, anwendbar sein sollen. Man wende nicht ein, daß die Weglassung des n in „Rassehygiene“ mit den Regeln, die bei der Bildung zusammengesetzter Wörter üblich sind, unvereinbar wäre; denn es gibt ganz analoge Wortverbindungen, die zweifellos gut deutsch sind, wie Rassetier, Ehehälfte usw. Höchstens könnte man einwenden, daß „Rassehygiene“ nicht wohllautend sei. Darüber kann man verschiedener Meinung sein, jeden-

falls aber ist dieses Bedenken kein triftiger Grund für die Ablehnung dieser kleinen Modifikation, die eine Zweideutigkeit beseitigen oder doch beschränken würde. Vielmehr dürfte gerade die Doppelsinnigkeit der Bezeichnung Rassenhygiene manchen nur als ein Vorzug erscheinen, eine Anschauung, die unsere Zustimmung nicht haben kann, da dem wissenschaftlichen Interesse eindeutige Bezeichnungen sicher besser dienen.

Völlig frei von dieser Zweideutigkeit wäre die Bezeichnung Vererbungshygiene, und ebenso das von Galton geprägte Wort Eugenik. Bei beiden Benennungen wäre nicht ausschließlich an die sexuelle Auslese, sondern auch an die (für die Gesundheitsbedingungen des Erbplasma sorgende und wirkende) Keimhygiene zu denken, in deren Bereich hauptsächlich die Verhütung von Keimschädigungen (z. B. durch Alkoholismus, Syphilis, Malaria usw.) gehört. Demgemäß definierte Galton [1]) kürzlich Eugenik als „die Wissenschaft, die sich mit allen die angeborenen Qualitäten einer Rasse veredelnden Einflüssen befaßt, einschließlich derer, welche diese angeborenen Qualitäten zur allergünstigsten Entwicklung bringen". Aber beide Bezeichnungen, Vererbungshygiene wie Eugenik, beziehen sich nur auf die Bevölkerungsqualität und lassen die quantitative Bevölkerungspolitik außer Betracht, während in dem Begriff Rassenhygiene, wie z. B. Plötz ihn aufgefaßt haben will, auch die quantitative Bevölkerungspolitik mit eingeschlossen ist, die ja in der Tat neben der qualitativen als ein wichtiger Faktor zur Behauptung im Daseinskampf der Völker, Nationen und, wenn man will, der Rassen [2])

[1]) „Eugenics" im „Sociological Papers", vol. I. London 1905, p. 45.

[2]) Bekanntlich stößt man gegenwärtig außerordentlich häufig auf die Neigung, sowohl den Daseinskampf und die Machtverschiebungen der Staaten als auch die innerhalb derselben sich abspielenden sozialen Kämpfe, wobei es sich im Grunde durchaus nicht um Rassengegensätze, sondern nur um das Machtverhältnis von Staaten zu anderen Staaten oder um politische Vorrechte und wirtschaftliche Vorteile von Ständen, Besitzklassen und anderen Interessentengruppen innerhalb der Staaten handelt, als „Rassenkämpfe" zu betrachten. Dabei muß aber der Wirklichkeit fast immer ganz bedenkenlose Gewalt angetan werden, nicht nur weil zurzeit alle Großstaaten mehr als nur eine Rasse in sich schließen, sondern auch, weil die Rassen, aus denen die für uns in Betracht kommenden Staaten oder gar Stände bestehen, in Wirklichkeit unentwirrbare Rassengemenge mit den mannigfaltigsten Kombinationen von wirklichen oder angeblichen Rassenmerkmalen sind. Infolgedessen ist das fast krampfhafte Bemühen der „Rassentheoretiker", die inter- und intrasozialen Daseinskämpfe als Rassenkämpfe anzusehen und auszugeben, wissenschaftlich aussichtslos, wie es eugenetisch zwecklos ist.

anzusehen ist. Hingegen gestattet offenbar die Bezeichnung generative (oder Fortpflanzungs-) Hygiene nicht minder als „Rassenhygiene“ auch die quantitative Bevölkerungspolitik, die einen wesentlichen Teil der biologischen Politik bildet, in sich einzubegreifen, und auch sonst scheint sie mir einwandfrei zu sein.

Was nun das Verhältnis der generativen Hygiene zur Individual- und Sozialhygiene anlangt, so begegnet man, allen Berichtigungen zum Trotz, immer wieder Autoren, darunter auch solchen von wissenschaftlichem Ansehen, welche meinen und diese Meinung zu verbreiten suchen, daß die Vertreter einer generativen Hygiene mit scheelen Augen auf die Wirksamkeit der Individual- und Sozialhygiene blicken, daß sie deren weitere Entfaltung und insbesondere auch die Ausdehnung des Arbeiterschutzes zu hemmen suchen, oder gar die Einstellung der bisherigen Leistungen der Hygiene und sozialen Fürsorge predigen. Ob es wirklich in dem Neuland nationaler Eugenik so ungeeignete Kolonisatoren gibt oder gab, die engsichtig und fanatisch genug waren, um solchen Anschauungen zu huldigen, kann ich weder bejahen noch verneinen. Meine Literaturkenntnis erstreckt sich auf solche — jedenfalls nicht ernst zu nehmende — Autoren nicht, und merkwürdigerweise vermeiden es die Ankläger der nationaleugenischen Bestrebungen regelmäßig, die Namen und Schriften solcher Fanatiker anzugeben, die nicht nur als existierend, sondern sogar als maßgebend oder ausschließlich vorhanden auf dem Gebiet nationaleugenischer Bestrebungen vorausgesetzt und dargestellt werden. Man zieht es vor, die eugenetische Richtung im allgemeinen in solcher Weise anzuklagen.

So spricht z. B. Chr. v. Ehrenfels in der „Pol.-anthr. Revue“ vom April 1903, S. 57 von „Gegnern der Hygiene“, ganz als ob es wirklich solche gäbe, und frägt: „Sollen wir etwa unsere Stadtväter überreden, zugunsten der Abwehr eines konstitutiven Rückschritts unserer Volkskraft die mit so vielen Kosten erbauten Aquädukte verfallen zu lassen und ihren Kindern wieder das typhusbazillengeschwängerte Grundwasser zu trinken zu geben, an dem unsere Großväter ihren Durst gelöscht? Und sollen wir allen Liebebedürftigen, welche nicht von ihrer Mutter gesäugt, sowie denen, die durch die Zange des Geburtshelfers zur Welt gebracht worden, das Heiraten verbieten?“ Er macht aber keinen von solchen „Gegnern der Hygiene“ namhaft, vermutlich weil er selbst keinen bestimmten weiß, wie ich auch keinen zu nennen wüßte.

Es scheint, daß in ganz ähnlicher Weise, wie sich im gesell-

schaftlichen Leben falsche Gerüchte bilden und Verbreitung erlangen, so auch in der Wissenschaft Legenden entstehen und landläufig werden. Ein Autor produziert eine unrichtige Aussage, vielleicht weil er, wie so viele gelehrte Schriftsteller, gefunden hat, daß das Mißverstehen von Gedanken anderer eine nie versagende Quelle überlegener Polemik und des Genusses gehobenen Selbstgefühles ist, natürlich weit mehr als das — zudem auch mühsamere — richtige Verstehen. Selbst wenn die mißverstandenen Autoren noch leben und hier und da von anderen gelesen werden, hat man ja doch nicht leicht Berichtigungen zu gewärtigen, zumal wenn man die Vorsicht gebraucht, dem Leser nicht etwa durch Nennung der Quellen, aus denen man die passenden Mißverständnisse geschöpft hat, eine Kontrolle anzubieten. Hat nun ein Autor den Popanz, den er mittels solcher vorteilhafter wissenschaftlicher Kunstgriffe sich geschaffen, siegreich geschlagen, so wird von anderen, geistes- und gemütsverwandten Autoren, die ebenfalls gern bequeme Lorbeeren pflücken, jener geschlagene Popanz ungeprüft für Wirklichkeit genommen und zur eigenen und anderer Erbauung aufs neue geschlagen.

Auch die Hygieniker W. Kruse[1]) und M. Gruber[2]) bekämpften (etwa gleichzeitig, ebenfalls im Jahre 1903) die generative Hygiene wegen deren angeblicher Gegnerschaft gegen die Individual- und Sozialhygiene. Kruse trug kein Bedenken, dem „Rassehygieniker" vorzuwerfen, für ihn „wird die hohe Säuglingssterblichkeit nur ein erfreuliches Zeichen sein dafür, daß die „natürliche Auslese" in Kraft steht" (l. c. S. 372). Leider wird wieder kein einziger dieser Unmenschen mit Namen genannt. — Gruber bezeichnet die Darwinisten (er meint die darwinistischen Sozialbiologen) nicht nur schlechthin als „Gegner der Gesundheitspflege" und sagt ihnen nach, daß sie der Medizin und Hygiene in die Arme greifen möchten, um sie zu verhindern, die weisen Einrichtungen der Natur zu durchkreuzen, sondern wiederholt auch jenen Vorwurf, daß „die Anhänger Darwins die hohe Säuglings- und Kindersterblichkeit als eine segensreiche Einrichtung der Natur" schätzen, und er fügt wörtlich hinzu: „Vom Rassenstandpunkt aus betrachtet ist es ein ganz törichtes und verwerfliches Vorgehen, wenn die Hygiene diese Schädlichkeiten, die eigentlich Nützlichkeiten sind, zu beseitigen trachtet und dadurch Tausenden und

---

[1]) „Entartung", in der Zeitschr. f. Sozialwiss., 1903, Heft 6 u. 7.

[2]) „Führt die Hygiene zur Entartung der Rasse?" Münch. med. Wochenschr. v. 6. u. 13. Okt. 1903.

Abertausenden von schlechten Exemplaren zur Fortpflanzung verhilft" (l. c. S. 1714). Auch Gruber unterläßt wieder jede Nennung der (wenigstens mir unbekannten) Autoren, die sich etwa für eine entsprechende Einschränkung medizinischer und hygienischer Betätigungen ausgesprochen haben.

Kürzlich reproduzierte auch F. Tönnies[1]) eine derartige Auffassung, und da er dies als Kritiker meiner „Vererbung und Auslese" tat, ohne meine sehr bestimmte gegenteilige Stellungnahme betreffs der praktischen Folgerungen zu erwähnen, so mußten seine Ausführungen jedem Nichtleser meines Buches den Eindruck machen, als ob ich befürworte oder doch wünsche, daß „wir dem auslesenden Tode (in Form starker Kindersterblichkeit) freien Lauf lassen". Eindeutig legte aber auch Tönnies diese mir von jeher fremde Anschauung weder mir noch irgend einem anderen Schriftsteller zur Last; auch er kritisiert diese Richtung streng genommen nur im allgemeinen.

Jedoch ein Fall von wirklicher Namensnennung war damals schon gegeben: Der Hygieniker F. Hueppe[2]) hatte als Referent desselben Buches den Vorwurf geäußert, es sei „unbegreiflich, wie man die moderne Sozialhygiene schon jetzt in einen Gegensatz zur Rassenhygiene der Zukunft bringen kann." Das ist der einzige mir bekannt gewordene Fall, daß eine solche Anklage zu einer bestimmten Person in unzweifelhafte Beziehung gebracht wurde, und er ist charakteristisch für die nahezu unfaßliche Voreiligkeit, mit der manche Autoren urteilen, sowie für die Unbedenklichkeit, mit der sie ein derartiges Urteil auch der Öffentlichkeit verkünden und diese irreführen. Denn ich hatte ja auch in diesem Buch,[3]) wie vorher und nachher, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der internationalen Kräfteverhältnisse, den ungemeinen hohen Wert der bisherigen und der möglichen künftigen Individual- und Sozialhygiene mit größter Eindringlichkeit hervorgehoben und eine viel kräftigere Förderung derselben verlangt, als die gegenwärtige Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens es zuläßt. Und wenn auch hierbei mit Bedauern bemerkt wurde, daß die Hygiene sich bisher nur im Dienst der individuellen und sozialen, nicht auch der generativen Interessen betätigte, und darauf hingewiesen wurde,

[1]) „Zur naturwissenschaftl. Gesellschaftslehre", Schmollers Jahrbuch 1905, 1. Heft, S. 69.

[2]) Zeitschr. f. Sozialwiss. 1905, 2. Heft.

[3]) „Vererbung und Auslese im Lebenslauf der Völker", Jena 1903, S. 344 bis 365 u. 377.

daß diese Einseitigkeit nicht ganz ohne Schaden für die generativen Nationalinteressen war und sein würde, so rechtfertigt doch kein Wort und kein Gedanke des ganzen Buches die Auffassung, daß die darin verlangte generative Hygiene in Gegnerschaft und auf Kosten der Individual- und Sozialhygiene gedacht sei. Dementsprechend bemerkte ich gegen W. Kruse und M. Gruber in einem nur wenige Wochen nach dem Herauskommen des Buches erschienenen Aufsatz [1]), daß es meines Wissens nicht einen einzigen Rassehygieniker gibt, der nicht dagegen protestieren würde, als Gegner der Hygiene bezeichnet zu werden, und fügte hinzu: „Sollte es irgendwo doch einen solchen geben, so hätte m. E. weniger der Hygieniker als vielmehr der Psychiater Anlaß, sich mit ihm zu befassen." Auch in meiner „Auslese" wird nichts anderes gefordert, als daß neben den bis jetzt üblichen hygienischen Gesichtspunkten auch einem bisher ganz vernachlässigten, dem nationaleugenischen, einige Rücksicht und Beachtung zuteil werde.[2])

Man sieht, wie unglaublich weit die Fähigkeit des Mißverstehens und die Macht der Irreführung zuweilen reicht, zumal in Fällen, bei welchen wegen besonderer Umstände die Versuchung, mißzuverstehen, besonders groß ist.[3])

Nun gibt es aber auch Gegner der nationalen Eugenik, die behaupten, daß ihre Vertreter, auch wenn und soweit sie nicht bewußte und ausdrückliche Gegner der Hygiene sind, doch konsequenterweise solche sein müßten. So schreibt z. B. in den „Preußischen Jahrbüchern" vom Mai 1904, S. 343, ein geisteswissenschaftlicher Kritiker meiner „Auslese" kraft seiner stärkeren Logik, die bei ihm leider mit einem merkwürdigen, dem Nullpunkt sehr nahen Tiefstand des Auffassungsvermögens bezüglich der behandelten Probleme verbunden war (vgl. meinen Aufsatz „Zum Einbruch der Naturwissenschaft in das Gebiet der Geisteswissenschaften", Archiv f. Rassen- u. Ges.-Biol. I, 4, S. 590 f.): „Hätte Sch. seine Ideen folgerichtig zu Ende gedacht, so müßte er fordern, daß der Kampf der Heilkunde (sic!) gegen die Seuchen

---

[1]) „Selektionstheorie, Hygiene und Entartungsfrage", im Archiv f. Rassen- und Ges.-Biologie I, 1, 1904, S. 54, 70 usw.

[2]) In gleichem Sinn hat sich auch A. Grotjahn wiederholt geäußert, so auch am Schluß seiner Schrift „Soziale Hygiene und Entartungsproblem", 4. Supplementband von Weyls Handbuch der Hygiene, Jena 1904, S. 790.

[3]) Vergl. „Tatsachen und Reflexionen über unser Kritikerwesen" (Anhang meiner „Beiträge zu einer Nationalbiologie", Jena 1905), insbesondere S. 209 f., 213 f., 247 Fußnote, auch 110, 3. Fußnote.

eingestellt würde." Das ist einer von den vielen, die sich, nur um ein liebes Vorurteil nicht aufgeben zu müssen, gegen bessere Einsicht sträuben, obgleich in diesem Fall nicht nur bequemste Gelegenheit zu solcher gegeben war, sondern die Kritikerpflicht auch gebot, die Gelegenheit zu benützen; denn in dem angegriffenen Buch ist leicht faßlich genug dargelegt, warum die nationaleugenische Praxis durchaus keine Gegnerin der auslesemildernden Individual- und Sozialhygiene zu sein braucht. Die logische wie die moralische Konsequenz in allen Ehren! Aber was solche Logiker unter Konsequenz verstehen, nämlich krampfhaftes Hinstarren auf einen einzigen Punkt, Blindheit für die Zusammenhänge dieses Punktes mit anderen, souveräne Gleichgültigkeit gegen alle anderen Gesichtspunkte und Werte, ausschließliches Geltenlassen des gerade ins Auge gefaßten Wertes, — das ist etwas so eigentümliches, daß man sich für die Eugenik nur freuen kann, wenn ihren Dienern eine solche, nur einer unbeholfenen scholastischen Logik [1]) entspringende „Konsequenz" abgeht, die nichts anderes wäre als ein nur bei abnorm beschränktem Gesichtskreis möglicher und von des Gedankens Blässe nicht angekränkelter Fanatismus.

Welches ist nun in Wirklichkeit das Verhältnis zwischen den nach Anerkennung ringenden generativen und den bisher schon anerkannten individualistischen und sozialdienstlichen Zielen der Hygiene?

Im Vorausgehenden wurde schon angedeutet, daß in einer Hinsicht, wenigstens bedingungsweise, in der Tat ein Konflikt besteht. Er besteht darin, daß durch die Wirksamkeit der Individual- und Sozialhygiene die Schärfe der natürlichen (oder Vital-) Auslese gemildert wird, so daß auch solche Personen, die mit ererbten und sonst vererbbaren Schwächen in bezug auf die sanitäre Tüchtigkeit ihrer Konstitution behaftet sind, existenzfähig bleiben. Soweit nun dieser Ausfall oder Nachlaß der Vitalauslese nicht sonst irgendwie eine Ausgleichung erfährt, schafft die Individual- und Sozialhygiene, je erfolgreicher ihre Wirksamkeit sich entwickelt, desto vollkommener die Bedingungen der „Panmixie", die bei längerer Dauer unvermeidlich ein Sinken des Durchschnitts der erblichen Konstitutionskraft der die Segnungen der Hygiene genießenden Bevölkerung zur Folge haben würde.

[1]) Über die Unzulänglichkeit der formalen Schullogik zur Erfassung komplizierter Zusammenhänge vergl. meine Ausführungen in Schmollers Jahrbuch, 1906, II, S. 440f. („Selektive Gesichtspunkte zur generativen und kulturellen Völkerentwicklung.")



Aber die Vitalauslese kann durch die geschlechtliche oder Keimauslese nicht nur vollständig ersetzt werden, sondern letztere ist sogar unvergleichlich leistungsfähiger als erstere. Nur die Fortpflanzung, nicht die persönliche Erhaltung der erblich Schwachen schädigt das nationaleugenische Interesse. Die Rücksicht auf dieses verlangt also nicht, daß wir der natürlichen Vitalauslese freien Lauf lassen oder sie gar möglichst verschärfen; sie verlangt nur, daß die Begünstigungen, welche die Hygiene und Humanität dysgenetischen Individuen zuwenden, sich auf die Personen beschränke und nicht auch auf deren Fortpflanzung erstrecke, d. i. auf deren Keime. Es ist also vom Standpunkt nationaler Eugenik nichts dagegen einzuwenden, daß kranken und schwächlichen Personen, Krüppeln, Schwachsinnigen usw. das Leben in jeder Weise erleichtert und verlängert werde, und zwar nicht nur in den Fällen, wo aus dem sanitären Defekt nicht auf Untüchtigkeit der Keim- oder Erbsubstanz geschlossen werden kann, sondern auch in allen übrigen, d. h. auch da, wo auch das Erbplasma als untüchtig betrachtet wird, sei es, daß dessen Untüchtigkeit und Fortpflanzungsunwürdigkeit schon ererbt oder daß sie erst persönlich erworben wurde, z. B. durch Alkoholismus, Syphilis, Malaria usw. Nicht das nationaleugenische, sondern nur das sozialdienstliche Interesse hat also die Grenze für die Ausdehnung humanitärer Bestrebungen zu bestimmen. Sobald nur die nötige Rücksicht auf die (nur keimauslesende, nicht personenvernichtende) sexuelle Zuchtwahl geübt wird, was ja nicht notwendig staatlichen Zwang voraussetzt, sondern unter Umständen allein durch Schaffung geeigneter sittlicher und egoistischer Motive erreichbar ist, insbesondere solcher, die dem zugkräftigen wirtschaftlichen Interesse und dem nicht minder starken Geltungsstreben des Menschen entsprießen, kann jeder Anwalt nationaleugenischer Interessen nicht nur z. B. die Errichtung zahlreicher Volksheilstätten für Tuberkulöse getrost billigen, sondern hierbei — unter sozialen und individualistischen Gesichtspunkten, aber ohne Inkonsequenz und ohne Untreue gegen sein nationaleugenisches Ideal — sogar Bedauern darüber empfinden, daß mit den für diese Volksheilstätten so reichlich aufgewandten Mitteln nicht mehr Dauererfolge erzielt werden.

Für das nationaleugenische Interesse kommt es also nur auf die Entwicklung oder Nichtentwicklung von Keimen, d. h. auf deren Auslese zur Fortpflanzung an, es verlangt nur, daß die Entwicklung oder Fortpflanzung solcher Keime, die als untüchtig er-

kannt sind, auf keine Weise begünstigt werde. Die „natürliche Auslese“ hingegen ist Vitalauslese, sie bezieht sich auf Leben und Tod der Keimträger, also der Personen.

In der Natur wird die Keimauslese hauptsächlich durch Vitalauslese bewirkt, d. h. die vorzeitige Vernichtung mißratener und unterdurchschnittlich geratener Individuen, sowie auch solcher, deren Keimplasma zugleich mit dem Soma unter Einflüssen des individuellen Lebens untüchtig wurde, ist das hauptsächlichste Mittel, ihre Fortpflanzung und Vermehrung zu verhindern. Beim Menschen aber ist eine sehr weitgehende Unabhängigkeit zwischen der Personal- und der Keimausmerzung, bzw. -erhaltung möglich. Teils direkt, durch sozialsuggestive Einführung des nationaleugenischen Ideals, teils indirekt, durch entsprechende soziale Einrichtungen,[1]) können Menschen einerseits zu vermehrter Fortpflanzung, andererseits zum Verzicht auf Fortpflanzung oder Einschränkung derselben veranlaßt werden.

Weitaus zum größten Teil jedoch befinden sich die individual- und sozialdienstlichen Funktionen der Hygiene schon an und für sich in keiner Weise in Konflikt mit der nationaleugenischen Hygiene, und in mancher Hinsicht gehen sie Hand in Hand, soweit nämlich die generative Hygiene, spezieller die Nationaleugenik, nicht auf Keimauslese, sondern auf Keimpflege und -behütung, d. h. auf Verhinderung von Keimvergiftungen und sonstiger Keimschädigungen, gerichtet ist. Der Keimbehütung dient unter anderem die Einschränkung oder Beseitigung der Geschlechtskrankheiten,[2]) der Malaria und ganz besonders des Alkoholismus sowie aller direkt keimschädigenden Einflüsse. Da alle diese zugleich die Keimträger, die Personen, schädigen, so sind auf allen diesen Gebieten die Ziele der generativen Hygiene fast identisch mit denen der sozialen und individualistischen Hygiene.

Das Verhältnis der erstrebten generativen Hygiene zu den Zielen der heutigen Hygiene ist also weit davon entfernt, von der Art zu sein, daß man nur die Wahl zwischen der einen und der anderen hätte und nicht ein Freund beider sein könnte; und auch in den Punkten, in denen das nationaleugenische Interesse durch individual- und sozialhygienische Erfolge (bedingungsweise) ge-

[1]) Vergl. meine diesbezüglichen Erörterungen in „Vererbung und Auslese“ S. 326—365 und in „Nationalbiologie“, S. 74—99.

[2]) Vergl. meinen Aufsatz „Infektion als Morgengabe“ in der Zeitschrift f. Bekämpf. der Geschlechtskrankh., Bd. II, Heft 10.

schädigt erscheint, ist der Konflikt, wie ausgeführt, kein unlöslicher oder schwerlöslicher, obgleich die Lösung zurzeit noch der Verwirklichung harrt. Sie besteht in ausgleichender Rücksichtnahme auf nationaleugenische Keimauslese oder geschlechtliche Zuchtwahl. Einstweilen, bis zur Verwirklichung dieser Lösung, verlangen die Anwälte des generativen Nationalinteresses nichts weiter, als daß man letzteres wenigstens sehe und soweit berücksichtige, als es ohne Opferung individualistischer und sozialer Interessen geschehen kann.

Zunächst ist also danach zu trachten, daß das nationaleugenische Interesse mehr als bisher wenigstens in das Bewußtsein der Gebildeten und allmählich auch weiterer Volkskreise einrücke und zugleich die Kenntnis dessen, was dem nationaleugenischen oder, weiter gefaßt, dem generativen Interesse entspricht und was nicht, sich ausbreite. Gegenwärtig ist ja dieses Interesse sogar dem Gesichtskreis der meisten Gebildeten noch fremd, und bis vor kurzem war das sogar ganz allgemein so. Für etwas, was unbekannt war, konnte sich das Volksgefühl natürlich nicht erwärmen.

Es könnte kaum etwas geeigneter sein, den Sinn für individuelle und nationale Eugenik zu wecken und zu nähren als die offizielle Einführung erbbiologischer Beschreibungen für jede einzelne Person, ungefähr von der Art, wie ich sie in einer früheren Schrift vorgeschlagen habe.[1])

Diese Einrichtung hätte auch sonst eine der wichtigsten Vorbedingungen für eine ersprießliche nationale Eugenik zu erfüllen und müßte sich zu diesem Behufe auf die gesamte Bevölkerung erstrecken. So schätzenswert private Veranstaltungen dieser Art sein mögen, so ist doch eine allgemeine Verbreitung solcher erbbiologischer Porträtierung sowie auch der für die nationalbiologischen Ziele erforderliche Grad von Zuverlässigkeit nur dadurch zu erreichen, daß der Staat die Sache in die Hand nimmt. Die gedachten Vererbungsurkunden („Erbpersonalien“ oder wie man diese Dokumente sonst nennen möchte) würden erstens über direkt feststellbare wichtigere Erbqualitäten jeder einzelnen Person, zweitens über solche Tatsachen aus deren Lebenslauf, die zur indirekten Erkenntnis der zu erforschenden Erbanlagen geeignet erscheinen, Angaben enthalten, und zwar nicht nur bezüglich der

---

[1]) „Über die drohende körperliche Entartung der Kulturvölker“, Neuwied und Berlin 1891.

sanitären Konstitution, sondern auch bezüglich der verschiedenartigen intellektuellen, technischen usw. Begabungen, des Temperaments, des Charakters usw. Bezüglich der sanitären und der sonstigen leiblichen Qualitäten wären die Eintragungen durch staatlich bestellte Ärzte vorzunehmen,[1]) bezüglich der psychischen bei der Jugend durch deren Lehrer, im späteren Leben teils durch andere zuständige (vorgesetzte oder nicht vorgesetzte) Staats- oder Gemeindebeamte, teils durch geeignet erscheinende private Beurteiler, die hierzu offiziell beauftragt würden. Alle diese Eintragungen müßten den Schutz öffentlicher Urkunden genießen.

Je länger diese Einrichtung bestünde, desto zuverlässigere Schätzungen der Erbqualitäten jeder einzelnen Person würden möglich, und desto richtiger ließe sich für die Familie und für die Nation vorausermessen, was für Nachkommen aus der generativen Verbindung zweier bestimmter Personen zu erwarten sind, und zwar nicht nur in Hinsicht auf die nächste Generation, d. h. auf die Kinder, sondern auch hinsichtlich der nachfolgenden Generationen. — Außerdem würde auch die Vererbungswissenschaft im allgemeinen durch das so gewonnene Erfahrungsmaterial außerordentlich bereichert und gefördert.

Der Wert einer solchen Einrichtung wäre m. E. so groß, daß er selbst schwere Opfer rechtfertigen und die Überwindung der größten Hindernisse lohnen würde. Schwere Hindernisse sind ihr in der Tat im Wege, aber sie bestehen nur in der üblichen Schwerbeweglichkeit des Denkens und Wollens, vor allem bei den Personen, auf deren Einsicht und Energie es ankäme; denn diese maßgebenden Köpfe gehören leider zu den meistgeplagten und darum müdesten.

[1]) In dem erwähnten Schriftchen von 1891 ist hierbei die Verstaatlichung des ärztlichen Standes vorausgesetzt, der wir uns zwar mehr und mehr nähern, deren völlige Verwirklichung aber noch recht lange auf sich warten lassen dürfte. Zweifellos würde ein Ärztestand, der vom Publikum nicht abhängiger wäre, als es z. B. die Geistlichen, die Richter usw. sind, ein besonders günstiger Faktor für die in Rede stehende Einrichtung sein, aber eine unbedingt notwendige Voraussetzung derselben ist das nicht. Den Eindruck, daß wir uns einer Verstaatlichung des ärztlichen Berufes stark nähern, bestärken u. a. die Vorschläge Mayet's und Lennhoff's zur Reform der Arbeiterversicherungsgesetze und ganz besonders Schreber's schriftliche Ausführungen zur Diskussion über diese Vorschläge (Verh. der Ges. f. soz. Medizin usw. v. 17. Mai 1906, veröffentlicht in der „Mediz. Reform“ vom 7. Juni 1906, S. 281 f.). Sollen doch nach Schreber von den jetzt vorhandenen 30000 deutschen Ärzten 25000 staatlich besoldete „Bezirksärzte“ werden. Auch seine Vorschläge betrefts Einführung und Verwendung von „Krankenbüchern“ sind meinen in dem genannten Schriftchen von 1891 S. 25 f. vorgeschlagenen „Krankenpaßkarten“ recht nahe verwandt.



In solcher Verfassung hat niemand Lust, Schwierigkeiten auf sich zu nehmen und zu überwinden, die man sich ersparen kann, wenn man den unbegangenen Pfad unbegangen sein läßt. Sobald einmal die Erkenntnis des unschätzbar hohen Wertes der empfohlenen Einrichtung und ein diesem Wert entsprechender kräftiger Wille bei den maßgebenden Stellen Platz gegriffen haben wird, werden sie keinen allzugroßen Aufwand an Zeit und Geduld zu vorbereitenden Schritten nötig haben, um das Projekt der Verwirklichung entgegenzuführen.

Natürlich könnte die Einrichtung nicht sofort, nachdem sie einmal ins Leben getreten sein würde, die Früchte tragen, um derentwegen sie gegründet werden soll, nämlich möglichst zuverlässige Kenntnis der Keim- und Erbeigenschaften jeder einzelnen Person und Bereicherung der Vererbungswissenschaft. Aber als eine früher reifende Frucht oder Vorfrucht wäre, wie gesagt, die Verbreitung des Sinnes und Interesses für nationale und Familieneugenik zu erwarten. Eine sehr kostbare Frucht! Denn die kühle Erkenntnis nationaleugenischer Erfordernisse für sich allein würde nicht die Kraft haben, den generativen und speziell eugenischen Nationaldienst so in die Praxis einzuführen, daß seinen — für jede Nation lebenswichtigen [1]) — Erfordernissen Genüge geschähe. Offenbar würde nun die allgemeine Einführung von Vererbungsurkunden die Nebenwirkung haben, die Aufmerksamkeit aller Schichten der Bevölkerung unablässig auf die generativen Erbwerte hinzulenken und so nicht nur die Erkenntnis, daß die Familie und die Nation bedeutungsvolle eugenische Interessen haben, allmählich zum Gemeingut aller machen, sondern (mittels derselben Aufmerksamkeit) auch die Entstehung eines eugenischen Gewissens in allen Bevölkerungsschichten einleiten, vielleicht zunächst vorwiegend in jugendlicheren Gemütern, die ja geneigt sind, ihnen einmal geläufig gewordene Ideen mit lebenswarmen Gefühlstönen auszustatten. Außerdem müßte aber auch die Pädagogik sowie alle dem Staat und der Gesellschaft sonst noch zur Verfügung stehenden Suggestionsapparate zugunsten des nationaleugenischen Ideals zuhilfe gezogen werden, um eine weithin wirksame generative Ethik zur Wahrung der generativen Interessen der Nation zu schaffen.

[1]) Ist eingehend behandelt in meinem Aufsatz „Kultur und Entartung" in der Monatschrift „Soziale Medizin und Hygiene", Bd. I, Heft 9 u. 10, Hamburg 1906.

Der erste internationale Kongreß für Gewerbekrankheiten.

Mailand 9.—14. Juni 1906.

Bericht von Dr. Ludwig Teleky, Wien.

Als in den Zeitungen die Nachricht auftauchte, daß im Sommer dieses Jahres in Mailand ein internationaler Kongreß für Gewerbekrankheiten stattfinden sollte, da wurde diese Nachricht von den meisten, die sich mit diesem Wissensgebiete beschäftigen, mit einer gewissen Genugtuung aufgenommen, als ein Zeichen, daß man doch endlich daran gehe, die Lehre von den Gewerbekrankheiten, ihrer Erforschung und ihrer Verhütung als ein selbständiges Spezialfach anzuerkennen, eine Anerkennung, die ihr ja auf den großen internationalen medizinischen Kongressen bisher versagt blieb.

Und doch verdient sie mehr als manch anderes Spezialfach diese Anerkennung. Erfordert sie doch neben der Beherrschung der klinischen Untersuchungsmethoden, die sie aus den verschiedenen klinischen Fächern entlehnen muß, auch noch eine genaue Kenntnis der technischen Vorgänge bei den mannigfachsten Produktionszweigen, eine genaue Kenntnis der sozialen Gesetzgebung verschiedener Länder und außerdem noch eine gründliche Kenntnis der Gewerbehygiene.

In die Freude darüber, daß eine Gruppe italienischer Gelehrten den Mut gehabt hatte, die Initiative zu einem solchen Kongresse zu ergreifen, mischte sich aber bald eine gewisse Besorgnis, ob dieser erste Versuch eines internationalen Kongresses für Gewerbekrankheiten auch glücken werde; und wir wollen gerne gestehen, daß unsere Erwartungen recht niedrig gestimmt waren, da weder in der medizinischen Presse noch auch sonst von einer regen Propaganda für Beschickung des Kongresses etwas zu merken war. Wir fürchteten, daß es ein Miniaturkongreß sein werde, ohne regen Arbeitseifer, und waren schon darauf gefaßt, daß schließlich es einer jener Dutzendkongresse sein werde, wie sie anläßlich der Mailänder Ausstellung in großer Anzahl veranstaltet wurden.

Alle diese Befürchtungen aber erwiesen sich als unbegründet: ja — alle frohen Erwartungen, die wir an den Kongreß geknüpft hatten, wurden weit übertroffen. Nicht nur die Größe und Mannigfaltigkeit des bewältigten Arbeitsquantums, sondern auch das hohe wissenschaftliche Niveau der Vorträge hat alle Teilnehmer auf das höchste befriedigt, und wohl jeder hat von dem Kongreß neues Wissen und reiche Anregung mit nach Hause gebracht.

Der Kongreß war ein Arbeitskongreß; es fehlte ihm alles jenes überflüssige

Beiwerk, das gar häufig die ernste Arbeit der Kongresse zu erdrücken droht. Ein Empfang im Rathause, ein Konzert in der Skala und eine gesellige Zusammenkunft der auswärtigen Kongreßmitglieder das war alles, was an Vergnügungen geboten wurde — aber alle Tage des Kongresses wurde fleißig gearbeitet: täglich vom 9.—14. Juni war von 9—12 und (mit Ausnahme vom Sonntag) von ½3 bis ½6 Sitzung, an einigen Tagen wurde in zwei Sektionen verhandelt.

Diesem Charakter eines Arbeitskongresses entsprach auch die ganze Zusammensetzung der Teilnehmer. Jene Kongreßbummler, für die der Kongreß nicht Selbstzweck, sondern nur Anlaß zu einer Vergnügungreise ist, waren kaum zu sehen. Die überwiegende Mehrzahl der Teilnehmer waren italienische Ärzte, die Professoren der benachbarten Universitäten, darunter die glänzendsten Namen italienischer Wissenschaft: Celli, Grassi, Giglioli, Biondi, Pieraccini, der ein dickleibiges Buch über Gewerbekrankheiten geschrieben und der der eifrigste und temperamentvollste Debatter des Kongresses war, ferner Devoto, der Generalsekretär des Kongresses, für den in Mailand eine eigene Spitalabteilung für Gewerbekrankheiten gegenwärtig gebaut wird.

Ferner der greise Vorsitzende des Kongresses: de Christoforis, die Sekretäre Vigano, Carozzi, Veratti, Camperio. Dann beteiligten sich aufs eifrigste an den Diskussionen des Kongresses: Treves, Menozzi, Petrini, Allevi (Mailand), Barruano (Girgenti). Die Ausländer waren nur in geringer Zahl vertreten, aber jeder der herkam, führte der innere Beruf, führte ein spezielles Interesse.

Eine der interessantesten Gestalten des Kongresses war Glibert, der Chef der ärztlichen Gewerbeinspektion Belgiens, der in seiner auf dem Kontinente ganz einzigen Stellung die reichsten Erfahrungen auf dem Gebiete der Gewerbekrankheiten und der Gewerbehygiene gesammelt hat. Die französische Regierung war durch Prof. Langlois aus Paris vertreten. Bayern hatte den — wie wir glauben — einzigen Professor der Gewerbehygiene, der an einer deutschen Universität doziert, Dr. Martin Hahn aus München entsandt. Aus Berlin war Dr. E. J. Neisser, als Vertreter der Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik, anwesend, ferner von Deutschen noch Dr. Hugo Bruns, Direktor des Instituts für Hygiene und Bakteriologie in Gelsenkirchen, der durch seine Arbeiten über die Wurmkrankheit bekannt ist und Dr. Max Lean (d. z. Florenz).

Aus der Schweiz war Prof. Roth, Professor der Gewerbehygiene am Züricher Polytechnikum anwesend, aus Schweden Dr. Blaclund, aus Canada Prof. Oldright; aus Österreich Dr. Herrmann von Schrötter jun., Dr. Costantino, Stadtphysikus von Triest, Dr. Rambousek, Arzt der Seebehörde in Triest und Referent, der Spezialarzt für Gewerbekrankheiten beim Verband der Genossenschaftskrankenkassen und der Allg. Arbeiterkrankenkasse in Wien ist.

Das kaiserliche Reichsgesundheitsamt sowie die österreichische Regierung haben es leider unterlassen, Vertreter zu entsenden. Ein Vertreter des italienischen Ministeriums für Ackerbau, Industrie und Handel wohnte der Eröffnungs- sowie den meisten folgenden Sitzungen bei, auch ließ dieses Ministerium den Kongreßmitgliedern eine fast 500 Seiten umfassende Denkschrift über die Krankenversicherung in Deutschland (1885—1902) überreichen. Italien besitzt, trotzdem die Verhandlungen hierüber seit ca. 14 Jahren geführt werden, noch keine obligatorische Krankenversicherung.

Über die wichtigsten der auf der Tagesordnung stehenden Punkte wurden vom Kongreß Resolutionen gefaßt. Die Beschließung dieser Resolutionen — die

auf einem theoretisch-wissenschaftlichen Kongreß ja kaum am Platze wären — ist wohl schon allein dadurch gerechtfertigt, daß der Kongreß sich fast ausschließlich mit praktischen Fragen beschäftigte; eine erhöhte Bedeutung aber und eine ganz besonderer Wert kam der Abfassung und Beschließung der Resolutionen deshalb zu, weil ja der Kongreß in einem Lande tagte, das in bezug auf Arbeiterschutz sehr rückständig ist, und die Beschlüsse der Kongresse werden gewiß ein wertvolles Agitationsmittel für alle jene bilden, die in Italien für Einführung modernen Arbeiterschutzes kämpfen.

Der Kongreß, der in der Villa Reale tagte, wurde am 9. Juni 11 Uhr vormittags bei Anwesenheit von ca. 300 Personen eröffnet.

Senator Malachia de Cristoforis begrüßte den Kongreß mit einer schwungvollen feurigen Rede: er wies auf den Italiener **Ramazzini** hin, der als erster ein Werk über Gewerbekrankheiten geschrieben, auf die vielen, die seitdem in den verschiedensten Ländern gearbeitet. Dann zählt er alle die vielgestaltigen Krankheiten und Leiden auf, die durch die mannigfachen Berufe verursacht werden, und schließt mit gewaltigem Pathos, indem er seinen Gruß allen jenen zahllosen Opfern ihres Berufes entbietet, deren Leiden zu erforschen, denen zu helfen die Aufgabe des Kongresses ist.

Nach ihm sprach der Vertreter der Regierung Sanarelli, der mit einer für uns bei einem Regierungsvertreter ganz ungewohnten Radikalismus für soziale Reformen und Besserung des Loses der Arbeiter eintrat. Nach ihm sprachen die Vertreter der verschiedenen Nationen, Glibert, Hahn und von Schrötter.

Die ersten Sitzungen waren Fragen allgemeiner Natur gewidmet.

Als erster sprach Prof. de Giovanni (Padua) über „Individualität und gewerbliche Erkrankung“. Er wies darauf hin, wie ja von den zahlreichen Arbeitern, die irgend einer bestimmten Schädlichkeit ausgesetzt sind, stets nur ein Teil erkranke, und bezeichnete es als eine der wichtigsten Aufgaben der Wissenschaft zu erforschen, welche individuelle physiologische Varietät oder welcher morphologische Typus den Schädlichkeiten irgend einer bestimmten Arbeit am besten gewachsen sei. Durch derartige Forschungen werde es am besten möglich sein, die Grundlage für eine Verhütung der gewerblichen Erkrankungen zu schaffen. Es werde dann möglich sein, die Art und Schwere der Arbeit der individuellen Veranlagung anzupassen.

So interessant und wichtig diese seine Ausführungen auch waren, so ist Vortragender mit seinem Prinzip des Individualisierens leider auch noch in der Diskussion über mehrere weitere Punkte der Tagesordnung hervorgetreten und hat, da er es gegen die geforderte Erlassung mancher allgemeiner Schutzmaßregeln geltend machen wollte, lebhaften Widerspruch herausgefordert.

Die Verhandlungen über die **Nachtarbeit** wurden eingeleitet durch ein ausführliches Referat des Dr. Carozzi (Mailand), in dem er über die gesetzliche Beschränkung der Nachtarbeit in den einzelnen Ländern berichtete, um dann die verschiedenen schädlichen Momente der Nachtarbeit darzulegen, ihre Einwirkung auf die einzelnen Organe zu besprechen und auch die große Zahl der Unfälle, die gerade in den späteren Abendstunden und Nachtstunden sich ereignen hinzuweisen. Gardenghi (Parma) berichtet über Blutveränderung bei Tieren, die durch längere Zeit dem Tageslicht entzogen waren. Es entwickelte sich dann eine lebhafte Diskussion an der sich 22 Redner beteiligten: Hahn (München) wies darauf hin, daß die Wirkung des Lichtmangels sich auch bei Nordpolfahrern und bei Deutschen, die den nordischen Winter in Hammerfest zubringen, geltend mache und schwere

Erscheinungen von Anämie und Nervosität hervorbringe, und betont die Notwendigkeit. bei Anlage von Arbeiterhäusern dafür zu sorgen, daß den Nachtarbeitern bei Tag ein ruhiges Zimmer zum Schlafen zur Verfügung stehe. Er betonte den Einfluß der Atmung auf den Hämoglobingehalt des Blutes. Die Atmung selbst aber wird beeinflußt durch Licht, Luftverunreinigung usw. Schrötter (Wien) berichtet, wie im Luftballon der gesteigerte Lichtreiz eine erhöhte Sauerstoffaufnahme bewirke.

Frau Majno (Mailand) trat mit Feuer für ein unbedingtes Verbot der Nachtarbeit für Kinder ein. Schließlich wurde eine Resolution einstimmig angenommen, für die sich vor allem Pieraccini eingesetzt hatte. Sie erklärt die Nachtarbeit für antiphysiologisch, verlangt ihr absolutes Verbot für Frauen und jugendliche Arbeiter und ihre möglichst weitgehende Beschränkung auch bei erwachsenen männlichen Arbeitern.

Albertoni (Bologna) sprach (im eigenen und Rossi Namen) über das Gleichgewicht zwischen **Nahrungs**aufnahme und Arbeitsleistung und wies darauf hin, daß die arbeitende Bevölkerung Italiens in der Regel zu wenig Fett und Eiweißsubstanzen konsumiere. An der Diskussion beteiligten sich Gigliolі, Rossoni (Rom), Treves (Turin) und Pieraccini (Florenz), welch letzterer auf die schlechten Ernährungsverhältnisse der italienischen Arbeiterschaft hinwies. Brucera tritt für Errichtung von Haushaltungsschulen ein.

Am folgenden Vormittag (10. Juni) sprach als erster in hochinteressanter Weise Pieraccinis (Florenz) (auch im Namen Maffeis) über die **Produktionskurve** körperlich und geistig Arbeitender. Sie untersuchten die Arbeitsleistung einer Anzahl Arbeiter verschiedener Berufe in den einzelnen Arbeitsstunden. Die zweite Arbeitsstunde des Tages ist die Zeit größter Produktivität, die letzten Arbeitsstunden lieferten stets die geringste Produktion. Lange Pausen hatte nicht immer den Erfolg, die Arbeitsleistung zu erhöhen; während kürzere Pausen einen günstigeren Erfolg zu haben schienen.

Untersuchungen über die geistige Ermüdung wurden an 1100 Schulkindern angestellt und auch hier zeigte die Ermüdungskurve einen ähnlichen Verlauf, wie die der körperlichen Ermüdung.

Casarini (Modena) hat mittels des Ergographen von Mosso und Patrizi die Muskelerregbarkeit an der oberen und unteren Extremität und ihre Beeinflussung durch berufliche Tätigkeit studiert.

Über den Vortrag Pieracinis und die damit zusammenhängende Frage der **Arbeitszeit** und ihre gesetzliche Beschränkung entwickelte sich eine lebhafte Diskussion. Petrini (Mailand) tritt für den Achtstundentag ein; er, Treves u. a. sprachen sich für eine gesetzliche Beschränkung der Arbeitszeit auch der erwachsenen männlichen Arbeiter aus und verlangten eine internationale Regelung dieser Frage. Hahn trat für gesetzliche Regelung der Arbeitszeit der Kinder und Frauen ein, wies aber auf die Unmöglichkeit hin, auf wissenschaftlicher Grundlage anzugeben, wie viele Stunden der Arbeitstag dauern solle. Teleky sprach gegen eine internationale Regelung dieser Fragen, da dabei stets das sozialpolitisch rückständigste Land die übrigen auf ein tiefes Niveau herabziehen werde. Jedes Land solle für sich allein vorgehen und gesetzlich einen Maximalarbeitstag auch für Erwachsene bestimmen. Österreich habe den gesetzlichen Maximalarbeitstag von 11 Stunden, der aber durch die Praxis bereits überholt sei. Schließlich wurde die auch von Pieraccini aufs wärmste vertretene Resolution angenommen, die das Studium der Frage der Maximalarbeitszeit durch einen zu diesem Zweck einzuberufende internationale Konferenz verlangt.

Chrisafulli (Como) legte ein Referat über Geisteskrankheit und Verbrechen in Beziehung zu gewissen Arbeiterverhältnissen vor, wobei er auch auf die Folgen hinwies, die Ueberarbeit und gewerbliche Vergiftungen auf den Nachwuchs der Arbeiterschaft haben.

Dann sprach H. v. Schrötter über die **Taucherlähmung** und ihre Verhütung. Er sprach unter Vorzeigung von Präparaten kurz über die Pathogenese der Taucherkrankheit — über das Freiwerden von unter hohem Druck absorbierten Gasen, besonders des Stickstoffs — und dann ausführlich über die Prophylaxe. Neben der langsamen Dekompression hat sich hier — wenn auch nur in gewissen Grenzen — die Einatmung von Sauerstoff bewährt. Leider ist die Anwendung von Sauerstoff von hoher Spannung nicht möglich, weil dieser deletäre Wirkungen auf den Organismus ausübt; und muß man sich deshalb auf die präventive Verwendung des Sauerstoffs, d. h. seine Einatmung unmittelbar nach einer zu rasch erfolgten Dekompression beschränken.

Nachdem noch Glibert und Langlois im ähnlichen Sinne wie Schrötter gesprochen hatten, hielt Giglioli (Florenz) einen interessanten Vortrag über die Erkrankungen derer, die in komprimierter Luft arbeiten, und Tanoni (Genua) berichtete über seine Versuche, die er mit dem Ergographen über die Muskelermüdbarkeit in komprimierter Luft angestellt hatte.

Daraufhin beschloß der Kongreß, daß Schrötter, Glibert, Langlois und Giglioli eine Resolution ausarbeiten sollten, die geeignet sei eine Basis für gesetzliche Vorschriften zum Schutze der Taucher zubilden.

Am nächsten Tage, Montag den 10. Juni tagte der Kongreß vormittags in zwei Sektionen. In der 1. Sektion sprach Tullio (in seinem und Albertonis Namen) über **Kräfteersatz** bei Strapazen, diese letzteren gehören in das Gebiet der Patologie, während die Ermüdung eine physiologische Erscheinung sei. Während die Wirkung acuter Überarbeit auf den Stoffwechsel genau studiert sei, sei die noch verderblichere Wirkung der dauernden Überarbeit (verbunden mit Unterernährung) von der Wissenschaft noch nicht genügend studiert worden. Er fordert den Erlaß hygienischer Vorschriften und die Einführung ärztlicher Gewerbeinspektoren nach englischem Muster.

Seinem Vortrage folgte ein Vortrag Lussanas (den er ebenfalls gemeinsam mit Albertoni ausgearbeitet hatte) über **Alkohol und Muskelarbeit**. Sie kommen zu dem Schlusse, daß der Alkohol auf die Arbeitsleistung der Muskulatur schlecht einwirke, weil auf eine flüchtige, leichte Steigerung der Muskelkraft eine langanhaltende, stärkere Schwächung folge. Besonders für Arbeiter, die bei niederer Außentemperatur zu arbeiten haben, sei er verderblich — aber in mäßiger Menge und während der Mahlzeit genommen wirke er günstig, weil er eiweißsparend wirke, die in ihm enthaltenen Kalorien ohne nennenswerte Verdauungsarbeit abgebe und ein Gefühl subjektiven Wohlbefindens hervorrufe, das es ermöglicht, die Mühsal des Alltags zu ertragen.

Daran schloß sich ein Vortrag Casarinis, der mit dem Ergographen die Wirkung des Alkohols auf die Muskelenergie studiert hat und auf kleine Dosen eine Erhöhung, auf größere eine Verminderung derselben feststellen konnte: die unteren Ertremitäten werden in beiden Fällen mehr beeinflußt als die oberen.

An diese Vorträge schloß sich eine langdauernde und lebhafte Diskussion, an der sich eine große Anzahl italienischer Redner beteiligte. Pieraccini und Treves sprachen über das Zusammenwirken von Alkohol und gewerblichen Vergiftungen und darüber wie jener die Disposition für die letzteren erhöhe. Nach

langer und lebhafter Debatte wurden mehrere Resolutionen eingebracht und schließlich gelangte mit einer geringen Majorität, die von Monti (Pavia) zur Annahme, die den Alkohol für überflüssig, in kleinen Dosen zwar für unschädlich erklärt, aber seinen Ersatz durch Zucker, Kaffee und Tee fordert.

Wir wollen hier übrigens bemerken, daß für Italien, oder wenigstens für Oberitalien der Alkoholfrage keineswegs jene Bedeutung zukommt wie bei uns; die Bevölkerung ist sehr mäßig, Alkoholismus kommt verhältnismäßig selten vor. Alkoholfreie Getränke (Fruchtsäfte) erfreuen sich großer Beliebtheit.

Nach Beendigung dieser Diskussion sprach der Marinearzt Belli (Venedig) über die Arbeiten bei hoher Temperatur, vor allem über die Verhältnisse, unter denen die **Schiffsheizer** arbeiten müssen; die mittlere Temperatur ihres Arbeitsraums beträgt 40°, steigt aber selbst bis 70° an.

Petrini (Mailand) wies auf die Notwendigkeit hin, eine kurze Arbeitszeit für diese Arbeiter einzuführen. Hahn betont die Notwendigkeit einer internationalen Regelung dieser Frage, da die Schiffe sehr häufig Heizer einer fremden Nation an Bord nehmen. Gatti spricht über die Erfahrungen, die er bei Fabriksheizern gemacht, ebenso andere Redner. Oldright (Canada) erwähnt Fälle von Geistesstörung und Selbstmord bei Schiffsheizern. Neißer betont den Unterschied, der zwischen den Verhältnissen der Schiffsheizer und der Fabriksheizer besteht.

Dann erzählt Mircoli (Genua), daß er häufig bei noch jugendlichen Schiffsheizern Erweiterungen der Aorta beobachtet habe, die manchmal mit Veränderungen des Myokards und mit Klappenfehlern kombiniert waren.

Zum Schlusse der Sitzung berichtete noch Gardenghi über die Versuche die er an Tieren angestellt, und die ergeben haben, daß, wenn die Einatmungsluft auch nur die allerkleinsten Mengen irrespirabler Gase enthält, die Ausscheidung von Kohlensäure durch die Ausatmungsluft beträchtlich verringert wird.

Während die eine Sektion sich mit diesen Fragen befaßte, war das Thema der 2. Sektion, in der eine größere Anzahl Frauen anwesend war, **„Mutterschaft und Arbeit“**. In dem folgenden Berichte hierüber folgen wir, da wir bei der 1. Sektion anwesend waren den am Kongreß zur Verteilung gelangten Auszügen aus den Referaten und den Berichten italienischer Zeitungen. Es sprach Pestalozza (Stresa) über die Hygiene der Schwangerschaft, des Wochenbetts und der Stillperiode, über die zu diesem Zwecke notwendige soziale Gesetzgebung: Schwangern- und Wöchnerinnenschutz, Mutterschaftskassen, Beschränkung der Arbeitszeit der Frauen, und über die Werke privater Wohltätigkeit (Säuglingsmilchverteilung usw.).

Merletti (Ferrara) sprach über die Häufigkeit des Abortus und der Frühgeburt bei den Arbeiterinnen, und die geringere Lebensfähigkeit der von ihnen zur Welt gebrachten Kinder. Er kam zu denselben Schlußfolgerungen wie Pestalozza, betonte aber scharf die Verpflichtung der wohlhabenden Frauen durch Beiträge zu einer Mutterschaftskasse zur Verbesserung der Lage ihrer unglücklichen Schwestern beizutragen.

La Torre (Rom) betont, daß nicht nur die Verhältnisse der Mutter, sondern auch die des Vaters für die Entwicklung des foetus maßgebend seien, bespricht alle jene Momente, die zur Schwächung der Nachkommenschaft führen (Überarbeit und Unterernährung der Eltern, Krankheiten derselben, gewerbliche Vergiftungen usw.) und fordert die Verbesserung der wirtschaftlichen und hygienischen Lage der Arbeiter, die Schaffung einer Krankenversicherung, Kampf gegen Alkoholismus und Geschlechtskrankheiten, Gebärhäuser, gouttes de lait.

Prof. Calderini (Bologna) sprach noch über die Wirkung einzelner gewerblicher Gifte auf die Geschlechtsfunktion der Frau.

Nach einer kurzen Diskussion lud Frau Majno namens der Union femminile Nazionale die Kongreßmitglieder zu einer Versammlung ein, in der Pestalozza über „Schutz der Arbeiterin als Mutter“ und über die Ergebnisse der Kongreßberatungen sprach.

Die Nachmittagssitzung des 11. Juni war der Behandlung der **Tuberkulosefrage** gewidmet. Zunächst sprach Massalongo (Verona): er verlangte eine energische Bekämpfung der Tuberkulose durch die Gesetzgebung sowohl in der Werkstatt, als auch in der Familie: Sanitäre Überwachung der Werkstätten, Beschränkung der Arbeitszeit, Beistellung von Trinkwasser und Waschgelegenheit, Spucknäpfe usw. in den Werkstätten, Sorge für gesunde Arbeiterwohnungen, hygienische Aufklärung, Kampf gegen Alkoholismus, Schwangernschutz, Dispensaire.

Gerade diese Allgemeinheit der gestellten Forderungen, das Fehlen irgend eines Hinweises auf eine bestimmte, zunächst zu ergreifende Maßregel oder eine zunächst zu schaffende Einrichtung zeigt uns wohl am klarsten, wie sehr die Tuberkulosebekämpfung in Italien noch in ihren frühesten Anfangsstadien steckt. (Referent.) An die Kongreßmitglieder gelangten zwei Publikationen zur Verteilung, die eine schildert die Volksheilstätte der Stadt und Provinz Mailand — bei Tresivio gelegen, wird einen Belegraum von 110 Betten haben. Im Jahre 1907 soll sie eröffnet werden.

Die zweite Publikation stellt einen Prospekt der ersten italienischen Heilstätte für Brustkranke da; sie ist in Sondalo erbaut und bietet Raum für 55 Personen.

Teleky (Wien) weist in seinem Referate „Tuberkulose und industrielle Entwicklung“ auf die auffallende Tatsache hin, daß überall die industrielle Bevölkerung eine hohe Tuberkulosesterblichkeit habe, daß aber gerade die industriell vorgeschrittensten und rasch fortschreitenden Länder (England und Deutschland) eine niedrige und stetig sinkende Tuberkulosesterblichkeit aufweisen. Er hat die Verhältnisse Österreichs nach dieser Richtung studiert und gefunden, daß die Orte mit hoch entwickelter Industrie zwar eine hohe Tuberkulosesterblichkeit aufweisen, daß aber gerade sie in den letzten Jahrzehnten ein rasches Sinken der Tuberkulosesterblichkeit zeigen. Da sich dies in gesetzmäßiger Weise in den Kronländern der Bezirkshauptmannschaften Niederösterreichs und den Städten wiederholt, kann man schließen, daß diese Besserung auf Kräfte zurückzuführen ist, die im engsten Zusammenhang mit der industriellen Entwicklung stehen: auf die Organisation der Arbeiterschaft, die den Arbeiter bessere Lebensbedingungen erkämpfte und auf die staatliche Arbeiterschutzgesetzgebung, vor allem auch die Krankenversicherung.

In der Debatte über die Tuberkulosefrage verlangte Rubino die obligatorische Anzeigepflicht; Fattoni besprach die verschiedene Tuberkulosesterblichkeit einzelner Berufe; Backlund (Schweden) legte Gewicht auf die Verhütung der Tröpfcheninfektion. Costantino (Stadtphysikus von Triest) wies auf die Notwendigkeit privater Initiative hin und erwähnte, daß in Triest ein Tuberkulosenheim gebaut wird. Der Sicilianer Burruano (Girgenti) erzählt, daß die Schwefelarbeiter Siciliens weder an Tuberkulose noch an Malaria leiden, fand aber mit dieser seiner Behauptung lebhaften Widerspruch auf den verschiedensten Seiten. Es sprachen noch Piccinnini, Giglioli und Gasperini.

Pieraccini führte aus, die Tuberkulose sei eine in den sozialen Verhältnissen begründete Krankheit. Der Staat habe die Verpflichtung, den Kampf gegen sie

zu organisieren. Der Staat habe zur Bekämpfung der Tuberkulose eine Kasse zu gründen, zu der die Unternehmer nach der Häufigkeit der unter ihren Arbeitern vorkommenden Tuberkulosefälle beizusteuern hätten.

Eine Resolution gelangte zur Annahme, die eine sanitäre Arbeiterschutzgesetzgebung verlangt, und die Pflicht des Staates betont, den Kampf gegen die Tuberkulose zu organisieren.

Am darauffolgenden Vormittag (12. Juni) wurde wieder in zwei Sektionen verhandelt, in der ersten über Ankylostomiasis, Erkrankungen der Tunnel- und Bergarbeiter, in der zweiten über Bleivergiftung.

Bei unserem Berichte über die erste Sektion müssen wir wieder den gedruckt vorliegenden Referaten und anderen Berichten folgen.

Zunächst kam ein Telegramm zur Verlesung, in dem der bekannte Potsdamer Gewerbehygieniker Roth sein Fernbleiben mit einem Todesfall in der Familie entschuldigte.

Hajo Bruns (Gelsenkirchen) sprach über **Ankylostomiasis.** Er erörterte die Entwicklungsbedingungen des Ankylostomum duodenale und die Wege seiner Übertragung. Als wichtigstes Prophylaktikum erscheint ihm eine entsprechende Fäkalienbeseitigung in den Gruben, Fernhaltung der Wurmträger, Belehrung der Arbeiterschaft. Die Desinfektion ganzer Grubenstrecken hat bisher einen ermutigenden Erfolg nicht erkennen lassen; die von mancher Seite empfohlene Aufhebung der Berieselungspflicht erscheint untunlich; der Einfluß der Berieselung auf die Verbreitung der Ankylostomen ist nicht so groß, wie man früher glaubte und die Berieselung ist zur Vermeidung von Kohlenstaubexplosionen notwendig.

Nach ihm sprach Perroncito (Turin) über die Verbreitung der Ankylostomiasis unter den Arbeitern, Bauern und Maurern.

Vaccino (Stroppiana) betonte die Häufigkeit der Ankylostomiasis unter den Ziegel- und Bergarbeitern, aber auch unter den Bauern, Gärtnern und bei Personen, die nichts mit Arbeiten auf dem Lande oder Erdarbeiten zu tun haben. Man müsse ebenso wie gegen Malaria und Tuberkulose auch gegen die Ankylostomiasis energische Maßregeln ergreifen.

Siccardi (Padua) berichtet über die Versuche, die er mit dem Blutserum Wurmkranker gemacht, Curti über die Ausbreitung der Wurmkrankheit im Gebiet von Cremona. Nach der Pellagra ist sie dort die häufigste Krankheit, die bei den das Spital aufsuchenden Bauern gefunden wird; seit 1898 kamen 105 Fälle zur Beobachtung, die aus 40 Orten herstammten, zwei Drittel der Fälle betrafen Bauern. Auffallend ist der Infantilismus, den mehrere im Jünglingsalter stehende Wurmkranke aufweisen.

Nach Beendigung dieser Diskussion gelangte man zu dem ja jetzt in Mailand gerade besonders aktuellen Thema der Hygiene des **Tunnel**baues. Momo (Mailand) sprach über die Schädlichkeiten, die den Tunnelarbeiter bedrohen: die starken Temperaturdifferenzen, die gezwungene Körperhaltung, die Bewucherung durch alle jenen Spekulanten, die — trotzdem die Bauunternehmung für Unterkunft der Arbeiter Sorge tragen — elende Baracken mit überfüllten Schlafräumen an die Arbeiter vermiethen und ihnen verfälschte Nahrungsmittel liefern. Vor allem aber sprach er ausführlich über die Minenkrankheit, die eigentliche Berufskrankheit der Tunnelarbeiter, die er beim Bau des Simplontunnels studiert hat. Diese Krankheit ist nach dem Vortragenden auf eine Kohlenoxydvergiftung zurückzuführen. In der akuten Form ruft sie oft nur leichte Störungen, Kopfschmerz, Übelkeiten hervor, kann aber auch zu schwersten Erscheinungen, Bewußtseinsverlust, Coma

und selbst zum Tode führen. Der Durchschlag des Tunnels — zu dem sich zahlreiche Personen an der Durchschlagsstelle eingefunden hatte — gab Anlaß zu einer großen Anzahl leichter Vergiftungen, aber auch zum Tode zweier Ingenieure. Die chronische Form der Minenkrankheit führt zu den Erscheinungen einer schweren Anämie. Zu nervösen Störungen, pseudoparalytischen, häufiger aber epileptischen Charakters. Er hebt den Fortschritt hervor, den die hygienischen Verhältnisse des Simplontunnelbaus gegenüber dem des Mont Cenis und des Gotthard aufwiesen; betont auch mehrfach die großen Verdienste, die sich die Firma Brandt, Branden & Co. und das Wohl der Arbeiter erworben und die Mühe, die sie sich auch in dieser Richtung gegeben.

Volante, der beim Simplontunnel ebenfalls als Arzt tätig war, schildert welche gewaltige Arbeit hier auch in hygienischer Beziehung geleistet wurde. Man mußte bei der Arbeit im Berginnern auf hohe Temperaturen gefaßt sein, und erwartete solche von 56° C. anzutreffen. Durch die Anlage zweier parallel laufender Stollen war es möglich ein viel bessere Ventilation als in früheren Tunnelbauten herzustellen und durch die Zerstäubung kalten Wassers konnte die Temperatur auf 25—30° C. herabgedrückt werden. Zahlreiche Abortkübel und Sorge für größte Reinlichkeit verhinderten das Auftreten der Ankylostomiasis Die Arbeitszeit betrug 8, bei höheren Temperaturen 6 Stunden. Für Bäder, Waschgelegenheiten, Trinkwasser, Arbeiterwohnungen, Lebensmittel war aufs beste gesorgt. Vor der Aufnahme mußte sich jeder Arbeiter einer ärztlichen Untersuchung unterziehen. Ein Spital mit 30 Betten war vorhanden und aufs beste mit Instrumenten usw. ausgestattet. Unter den 25000 Arbeitern, die sich im Laufe der Jahre bei dem Werke ablösten — höchstens 2600 waren gleichzeitig beschäftigt — kamen während der 8 Jahre, die die Arbeit dauerte nur 106 Todesfälle vor: 63 durch Krankheit, 21 durch Unfälle bei der Arbeit und 22 durch Raufhändel, Selbstmord und Unfälle außerhalb der Arbeit. Bis Ende 1903 hatte die Baufirma 2½ Millionen für Arbeiterwohlfahrtseinrichtungen ausgegeben. Die Ausführungen dieses Redners, der in seinen Schlußworten die Bemühungen der Unternehmung Brandt, Brandau & Co. pries, mit möglichst geringen Opfern an menschlicher Gesundheit das große Werk zu vollbringen, wurden mit stürmischem Beifall aufgenommen.

In der zweiten Sektion, in der die **Blei**frage zur Verhandlung stand, sprach als erster Prof. M. Hahn (München). Zunächst befaßte er sich mit den Schicksalen des Bleies im menschlichen Organismus, berichtete über Experimente, die er über die Löslichkeit des Bleichlorids im Blut in vitro gemacht. Dann sprach er über die Verhütung der Bleivergiftung. Er trat dafür ein, Arbeiter, die einen Bleisaum aufweisen, wo irgend möglich von Bleiarbeit fernzuhalten. Den größten Nutzen verspricht er sich von jährlichen Urlaubsbewilligungen an Bleiarbeiter; ferner verlangt er spezielle Belehrung für jede gefährliche Berufsart, sowie die Anzeigepflicht für Bleivergiftung. Für Waschgelegenheiten müßte reichlich vorgesorgt werden; die Akremninseife dürfte sich in praxi kaum bewähren, eher hätte noch eine Kaliumsulfitlösung mit Glycerin Aussicht ausgedehntere Anwendung zu finden, ihr Geruch sei weniger unangenehm als der der Akremninseife und die durch sie veranlaßten Niederschläge ließen sich leichter wegwaschen. (Hahn demonstrierte später auch die Verwendung dieser Kaliumsulfitmischung.) Zum Schlusse trat Vortragender für den Ersatz des Bleiweiß durch ungiftige Farbstoffe ein und verwies auf das Vorgehen der französischen Regierung.

Rambousek (Triest) spricht zunächt über die Wirkung des Bleies auf das

Blutgefäßsystem, über die Ausscheidung des Bleies aus dem Organismus. Von der Ansicht ausgehend, daß Bleisulfit gänzlich ungiftig sei, versucht er darzulegen, daß die Vergiftungsgefahr in Bleihütten, Bleiweißfabriken usw. am besten dadurch zu beheben sei, daß man den die Gesundheit gefährdeten Staub durch Einwirkung von H_2S in Bleisulfit verwandle. Auch Bleigegenstände sollen mit einer Schicht von Bleisulfit überzogen (resp. ihre Oberfläche sollte in Bleisulfit verwandelt) werden.

(Praktische Erfahrungen über die Möglichkeit eines solchen Vorgehens hat Vortragender nicht; auch Versuche in dieser Richtung hat er nicht angestellt. Referent.)

Massini (Genua) verlangt zur Verhütung der Bleivergiftung eine strenge ärztliche Überwachung der Arbeitsräume, der Arbeitsbehelfe sowie der Arbeiter selbst.

Glibert (Brüssel) spricht über das Fehlen eines sicheren Initialsymptoms. Eine charakteristische Hautfärbung habe er nur selten gefunden, der Bleisaum zeige verschiedene Variationen, sei oft von der durch Quecksilber veranlaßten Zahnfleischveränderung nicht zu unterscheiden. Sehr großen Wert legt er auf die basophilen Granulationen der roten Blutkörperchen, die sich bei allen Bleiarbeitern — aber auch bei anderen Personen — finden. Er hat mit dem Dynamometer die Stärke der Extensoren der Finger gemessen und gefunden, daß sie bei Bleiarbeitern stets verhältnismäßig schwächer sind als bei anderen Arbeitern. Kein einziger dieser Symptome aber sei ein sicheres Charakteristikum der Bleivergiftung. Zu ihrer Diagnose müsse man — ebenso wie zu den meisten anderen Krankheiten durch das Gesamtbild der Erscheinungen gelangen.

Teleky stimmt diesen Ausführungen zu: bei jugendlichen Individuen mit straffem Zahnfleisch vermisse man manchmal trotz Bestehen einer schweren Bleiintoxikation den Bleisaum, andere Individuen zeigen starken Bleisaum, sonst ohne — trotzdem sie seit Jahren mit Blei zu tun haben — irgend ein Symptom der Bleivergiftung jemals gezeigt zu haben. Ob die basophilen Granulationen ein Zeichen der Bleivergiftung oder nur der Arbeit mit Blei seien, sei nach Angabe mancher Autoren zweifelhaft. Einen Arbeiter zur Aufgabe seines Berufes zu bewegen, sei stets sehr schwierig. Vortragender gebe diesen Rat nur dann, wenn Neuritis nerv. optic. oder beginnende Radialislähmung vorhanden sei. Hingegen sei dem Vorschlage Hahns über die Urlaubsbewilligung beizustimmen. In einer Fabrik, in der sehr viele Bleivergiftungen vorkommen, sei in einem Jahre, in dem 14 Tage lang gestreikt wurde, die Zahl der Fälle viel geringer gewesen als in den übrigen Jahren. Ersatz des Bleiweißes durch andere Farben sei nicht so schwierig, in Wien werden die Häuserfronten in $^3/_4$ der Fälle ohne Bleiweiß gestrichen.

Roth (Zürich): Bei der Setzmaschine gehen nie Bleidämpfe in die Luft über, die Vergiftungsgefahr entstände durch die Krätze, die sich an der Oberfläche des flüssigen Bleies ansammle und dann Anlaß zur Verstaubung gebe. Auch in Akkumulatorenfabriken finden sich in den beim Löten entstehenden Dämpfen kein Blei, aber Blei geht beim Blankbürsten der Lötstellen als Staub in die Luft über.

In der Diskussion sprach noch Biondi (Cagliari) über die Häufigkeit der Bleivergiftung unter den Bergarbeitern Sardiniens, Crisafulli über Idiosynkrasie und die Notwendigkeit einer regelmäßigen ärztlichen Untersuchung und Blacklund (Stockholm), der in den Setzersälen seiner Heimat keinen Bleistaub gefunden hat.

Eine von Giglioli eingebrachte Tagesordnung wurde einstimmig angenommen,

die in allen Fällen, in denen es möglich ist, den Ersatz des Bleies und seiner Verbindungen durch ungiftige Substanzen fordert. In den Fällen aber, in denen die Verwendung von Bleipräparaten sich nicht vermeiden läßt, ist eine sorgfältig ärztliche Überwachung der Arbeiter und der Betriebe notwendig.

In der Nachmittagssitzung wurde zunächst die von dem oben erwähnten vorbereitenden Komitee verfaßte Resolution über die gesetzlichen Vorschriften zur Verhütung der **Taucher**krankheit vorgelegt und von den einzelnen Mitgliedern des Komitees begründet. Die Dekompression muß so langsam erfolgen, daß für jede $^1/_{10}$ Atmosphäre Überdruck 1 Minute Dekompressionsdauer gerechnet wird. Bei Arbeiten mit mehr als 1 $^1/_2$ Atmosphären Überdruck muß ein erwärmter Raum zum Ausruhen und einer Dekompressionskammer mit Sauerstoffinhalationsapparaten vorhanden sein. Die Arbeiter müssen in der Nähe des Arbeitsplatzes wohnen. Wo eine Dekompressionskammer nicht eingerichtet werden kann (Schwammtaucher) sollen wenigstens Apparate für Sauerstoffinhalation vorgesehen werden. — In dieser Resolution sprachen die vier an ihrer Abfassung beteiligten Kongreßmitglieder und bezeichneten die aufgestellten Thesen als das Minimum dessen, was gefordert werden müsse. Die Resolution gelangte zur einstimmigen Annahme.

Ein recht trübes Bild entwarf dann Biondi (Cagliari) von den Zuständen in den Bergwerken Sardiniens.

Giordano (Cercara) gab in seinem Referate über die **Bergwerks**hygiene einen historischen Überblick über die Geschichte der Bergwerkshygiene und über die uns über dies Thema erhaltenen Aufzeichnungen vom Altertum bis in die Gegenwart, eine Skizze über den Stand der Gesetzgebung und der Fürsorge für Bergarbeiter in den verschiedenen Ländern und verlangte schließlich die Neuerrichtung und Ausgestaltung der Lehrkanzeln für Gewerbehygiene und Arbeitererkrankungen sowie eine ständige ärztliche Überwachung der Bergwerke und der Bergarbeiter durch staatlich angestellte Ärzte.

Dann kam die Frage der beruflichen **Tabak**vergiftung auf die Tagesordnung. — Giglioli (Florenz) schilderte die große Verschiedenheit der Arbeitsbedingungen in den Tabakfabriken; während in den einen Betrieben fast ausschließlich mit Maschinen gearbeitet wird, sind in den anderen die Arbeitsbehilfe sehr primitiv. Daraus erklärt sich auch die Meinungsverschiedenheit der Autoren über die Existenz einer gewerblichen Tabakvergiftung. Vortragender selbst glaubt, daß es eine solche wohl umschriebene Krankheit gebe.

Auch Boveri (Pavia) glaubt an die Existenz dieser Berufskrankheit. Er hat mit dem Ergographen Mossos die Wirkung des Tabakrauchens durch Messungen an gesunden Individuen vor und nach dem Rauchen festzustellen versucht und ist zu dem Schlusse gelangt, daß das Tabakrauchen nach einer kurzen und rasch vorübergehenden Periode der Steigerung zu einem erheblichen und andauernden Sinken der Muskelenergie führe.

Giglioli (Florenz) beantragte die Einsetzung einer Kommission zum Studium des Berufstabakismus.

An der Diskussion nahmen Treves, Pieraccini, Celli und andere teil, und drehte sich dieselbe nicht nur um die Existenz einer gewerblichen Tabakvergiftung, sondern auch um die Frage, ob die Tuberkulose unter den Tabakarbeitern besonders häufig sei. Eine Resolution wurde angenommen, die die Regierung auffordert, in den Tabakfabriken alle nur möglichen Verbesserungen durchzuführen.

In der hieran sich anschließenden Sitzung der zweiten Sektion sprach Piccinini (Mailand) über einige Beobachtungen über den Gesundheitszustand in der chemischen Großindustrie und betonte, wie bei guter Ausführung der nötigen Einrichtungen und sorgfältiger Beobachtung der Vorsichtsmaßregeln Arbeiter durch Jahrzehnte hindurch mit Blei- und Quecksilberverbindungen arbeiten können, ohne Schaden an ihrer Gesundheit zu nehmen, wie aber neben diesen Maßregeln der individuellen Disposition des einzelnen die größte Bedeutung zukomme.

Rubino (Genua) sprach über die Arteriosklerose und demonstrierte eine neue Methode zur Messung des Blutdruckes.

In der Vormittagssitzung am 13. Juni beantragte der Präsident de Cristoforis. die Einsetzung einer **internationalen permanenten Kommission,** die — nachdem sie sich in der ihr gutscheinenden Weise durch die Repräsentanten jener Länder ergänzt, die an diesem I. internationalen Kongresse nicht teilgenommen — den Sitz des nächsten internationalen Kongresses, der für das Jahr 1908 in Aussicht genommen, bestimmen und diesen Kongreß selbst vorbereiten solle. In den einzelnen Ländern sollten lokale Komitees gebildet werden. — Auf Vorschlag Gliberts wurden Cristoforis und Devoto zum Präsidenten und Sekretär des internationalen Komitees gewählt, dem ferner noch angehören: Pieraccini (Italien), Langlois (Frankreich), O. Roth (Schweiz), Backlund (Schweden), Hahn (Bayern), E. Roth (Preußen), Schrötter (Österreich), Szegedy (Ungarn), Glibert (Belgien), Wintkens (Holland), Oldright (Canada), Legge (England).

Den ersten Vortrag dieses Tages hielt Rota (Casabe) (auch im Namen Finzis) über die Gesundheitsverhältnisse und die Krankheiten bei den **Kalk-** und **Zement**arbeitern. Er schildert ausführlich die Gewinnung und Verarbeitung des Kalkes und des Zements und die Gefahren und Schädlichkeiten, denen die einzelnen Arbeitergruppen ausgesetzt sind: Unfälle, Rückgratsverkrümmungen, Erkrankungen des Respirationstrakts, Conjunctivitis u. a. Der Kalk wirkt infolge seiner chemischen Eigenschaften reizender als der Zement. Vortragender fordert Ausschluß von der Arbeit im Steinbruch (diese werden in der Art von Bergwerken betrieben) aller jener, die an Rheumatismus leiden, und von der Tätigkeit bei der Kalk- und Zementverarbeitung sollen jene ausgeschlossen werden, die zu Erkrankungen der Atmungsorgane, besonders aber zu Tuberkulose disponiert sind.

Pesente (Alzano) legte dem Kongreß ein Referat über die Krankheiten der Zementarbeiter vor, indem er über die Pneumokoniosen spricht und über Obduktionen berichtet, bei denen sich ausgedehnte sklerosierende Prozesse und Pneumoliten in der Lunge fanden ohne eine Spur von tuberkulösen Veränderungen. Der Zementstaub kann zwar für die Tuberkulose prädisponieren, aber er kann auch, da er zur Bindegewebswucherung anregt, zu ihrer Heilung beitragen.

In einem hochinteressanten sehr ausführlichen Referate sprach Monti (Pavia) über die Übertragung von **Infektions**krankheiten durch den Beruf. — Der Milzbrand ist in Italien ungemein häufig, in den letzten Jahren gelangten jährlich über 3000 Fälle mit einer Mortalität von 20% zur Anmeldung. Am häufigsten ist er unter der ackerbautreibenden Bevölkerung Süditaliens, dann auch unter den Arbeitern einzelner Industrien Norditaliens, die mit Fellen und Haaren besonders ausländischer Provenienz zu tun haben. Er verlangt Schutzmaßregeln für die mit dem Verladen Beschäftigten, Sterilisation der Haare in den Fabriken vor der Verarbeitung, ärztliche Überwachung der Arbeiter, Anwendung der Serotherapie. Dann erwähnte er die Aktinomykose, den Rotz, die Maul- und Klauen-

seuche, den Tetanus, die Syphilis. Bei der letzteren erwähnt er die Glasbläser und berichtet über eine von ihm unter der Musikkapelle einer kleinen italienischen Stadt beobachtete Epidemie, die von einem syphilitischen Musiker durch das Mundstück der Trompete auf andere Musiker übertragen worden war. Ausführlich spricht er dann über die Verbreitung der Tuberkulose unter den verschiedenen Berufen und über die Malaria, die dazu geführt hat, daß viele ehmals fruchtbare und reiche Gebiete Italiens heute unbebaut und verödet sind, und die unter der Landbevölkerung, unter den Straßen- und Eisenbahnarbeitern zahlreiche Opfer fordert. (1885—1887 starben jährlich 700—800 Personen von einer Million Einwohner an der Malaria!) Jetzt hat das energische Eingreifen des Staates, die unentgeltliche Verabfolgung von Chinin, die prophylaktische Behandlung und eine Reihe andere Maßnahmen zu einem erheblichen Sinken der Krankheits- und Todesfälle an Malaria geführt.

Im Anschlusse an diesen Vortrag sprach dann Ascoli, der als Arzt in einer großen Roßhaarspinnerei (über die später noch gesprochen werden soll) tätig ist, über den Schutz der in solchen Fabriken Beschäftigten.

Er sowie Langlois (Paris) traten dafür ein, daß der Karbunkel als „Unfall“ und nicht als Krankheit zu betrachten, d. h. durch die Unfallversicherung zu entschädigen ist, (eine Krankenversicherung besteht weder in Italien noch in Frankreich).

In der am nächsten Tage fortgesetzten Diskussion sprachen eine große Anzahl von Rednern: Petrini, Vaccino, Biondi, Bernacchi, Peroncito. Es wurde eine Resolution angenommen, nach der Milzbrand, Rotz, Tetanus und mehrere andere berufliche Infektionen als Unfall betrachtet und nach dem Unfallversicherungsgesetz entschädigt werden sollen; in einem Zusatzantrag wurde für Orte, in denen eine Endemie besteht, die obligatorische Schutzimpfung gegen Milzbrand verlangt.

Über den nächsten Punkt der Tagesordnung: „Die Gefahren der **Zündhölzchenerzeugung**“ referierte Menozzi (Mailand); er trat für eine internationale Übereinkunft zur Erlassung eines Verbotes der Verwendung des gelben Phosphors ein.

Grassi berichtet über seine Erhebungen über die Verbreitung der Phosphornekrose; er konnte in ganz Italien während der letzten Dezennien nur 200 Fälle von Phosphornekrose feststellen, die Existenz eines chronischen Phosphorismus läßt sich überhaupt nicht nachweisen — die Zahl der durch Phosphor veranlaßten Krankheitsfälle ist also relativ gering. Ein Verbot des gelben Phosphors würde wirtschaftliche Nachteile mit sich bringen.

Über diese Ausführungen Grassis entwickelte sich eine lebhafte Debatte. — Glibert (Brüssel) teilte die Meinung Grassis, daß die Phosphornekrose sehr selten sei, ihm sei in seiner amtlichen Stellung nur ein Fall bekannt geworden. Auch gebe es kein vollkommenes Ersatzmittel für den Phosphor. Bei allen anderen Rednern aber fanden seine Ausführungen lebhaften Widerspruch.

Teleky (Wien) sagt, daß die Zahl der offiziell nachgewiesenen Fälle in Österreich nicht sehr gering sei, aber der größte Teil der Fälle gelange nicht zur Kenntnis der Behörden; ihm persönlich seien 10—12 Fälle von Phosphornekrose bekannt. Die einzelnen Staaten sollen nicht eine internationale Vereinbarung (gegenwärtig warte man auf den Anschluß Japans) abwarten, sondern selbständig mit einem Verbot vorgehen.

Hahn (München) wendet sich ebenfalls gegen die Statistik Grassis und weist auf die Erfahrungen in Deutschland hin. Seinen Ausführungen schließt sich

Roth an, der auf die in der Schweiz gemachten Erfahrungen und auf die Ersatzmittel des gelben Phosphors, die sich voll bewährt haben, hinweist. In ähnlichem Sinne sprachen Giglioli, Biondi, Pieraccini. Schließlich wird die von Menozzi beantragte Resolution (internationales Abkommen über das Verbot) fast einstimmig angenommen.

In der Nachmittagssitzung sprach Hahn über **gewerbehygienischen Unterricht** an Universitäten und technischen Hochschulen. Vortragender selbst lehrt dieses Fach an der Universität und dem Technikum in München. Er führt aus, wie man den Mediziner dadurch, daß man das ihm neue technische Gebiet ausführlicher behandelt, für den Gegenstand interessieren müsse; den Techniker müsse man — da ja unter diesen schon vom ersten Semester an eine Spezialisierung nach den einzelnen Fächern stattfindet, — nur allgemeine Gewerbehygiene vortragen. Theoretischer Unterricht hätte mit praktischem Besuch industrieller Etablissements Hand in Hand zu gehen. Womöglich sollten den Medizinern auch einzelne Fälle von Berufskrankheiten gezeigt werden. Er hebt die Verdienste hervor, die sich Mailand durch Errichtung der Klinik für Gewerbekrankheiten, die wohl bald anderorts Nachahmung finden werde, erworben habe.

Roth schildert seine als Lehrer am Züricher Polytechnikum gemachten Erfahrungen, auch er legt Wert auf den Besuch industrieller Etablissements. Er trägt nur die wichtigsten Kapitel aus der Gewerbehygiene vor und bezieht die Unfallverhütung in sein Kolleg ein.

Devoto spricht über die Einrichtungen, die er seiner Klinik für Gewerbekrankheiten zu geben gedenkt. Ferner beteiligen sich auch Celli und Foa an der Debatte.

Nach ihm hielt Pezza (Mortara) ein ausführliches Referat über die Erkrankungen der Reisarbeiter, als deren wichtigste die Malaria anzusehen ist. Er schilderte, wie sie sowohl während der Arbeit als auch in den Hütten, in denen sie ihre Ruhezeit verbringen, den Stichen der Anophelen ausgesetzt sind. Er fordert, daß die Gesetzgebung gegen die Malaria auch auf dieses Gebiet ausgedehnt und von Staats wegen der Kampf gegen die Malaria auch unter den Reisarbeitern organisiert werden müsse; dann verlangt er die Errichtung von den hygienischen Anforderungen genügenden Arbeiterhäusern für die Reisarbeiter sowie die Einführung des Maschinenbetriebs für einzelne Verrichtungen beim Reisbau, die durch das Ackerministerium gefordert werden müsse.

An diesen Vortrag schloß sich eine lange und interessante Diskussion über die Malaria und ihre Bekämpfung, in der als Hauptredner Grassi und Celli sprachen.

Am späten Nachmittag leisteten mehrere Kongreßteilnehmer (darunter auch Referent) der Einladung zweier Fabrikanten Folge, ihre Etablissements zu besichtigen. Der erste der beiden hatte uns eigentlich nicht zur Besichtigung seiner Fabrik eingeladen, sondern nur zu der von ihm in Italien in Verkehr gebrachten Beth'schen Staubfilter. Interessanter als diese aber war seine Fabrik, die er auf Wunsch einzelner Kongreßteilnehmer den Besuchern dann zeigte und die sich durch das Fehlen jeder hygienischen Vorkehrungen und durch den Mangel auch der primitivsten Schutzvorrichtungen auszeichnete. Auf diesen Mangel aufmerksam gemacht, führte er entschuldigend an, daß er selbst die Fabrik erst wenige Wochen besitze und daß er selbst wisse, daß ihr große Mängel anhaften; sie sei auch bereits im Umbau begriffen.

Weit interessanter war der Besuch der großen Roßhaarspinnerei Pacchetti.

Zur Verhütung der Milzbrandinfektionen hat die Firma eine Reihe von Vorkehrungen getroffen. Sie hat einen Arzt (Ascoli) angestellt, dem die hygienische Überwachung des Betriebes und der Arbeiter obliegt. Ein wohleingerichtetes bakteriologisches Laboratorium (mit Brutöfen, Sterilisationsapparaten, Versuchstieren) steht ihm zur Verfügung; sämtliche Ballen mit unverarbeitetem Roßhaar werden unter Kontrolle des Arztes sterilisiert; über und zum Teil unter den Arbeitstischen ist eine kräftig wirkende Aspirationsvorrichtung angebracht. Für Waschgelegenheit ist reichlich gesorgt. Auch eine Betriebskrankenkasse ist vorhanden.

Der letzte Tag des Kongresses wurde eingeleitet durch einen nach jeder Richtung hin hochinteressanten Vortrag Gliberts über Organisation und Tätigkeit des **ärztlichen** Dienstes in der **Gewerbeinspektion** Belgiens. Das Personal dieses ärztlichen Dienstes besteht aus einem Chefinspektor (Glibert), seinem Assistenten, 3 Inspektoren in der Provinz und 149 mit dem Inspektorat in loserer Beziehung stehenden Ärzten. Aufgabe dieses Dienstes ist: Überwachung der Einhaltung der hygienischen Vorschriften und wissenschaftliches Studium. — Der Minister entscheidet über die Auswahl der allgemein zu veranstaltenden ärztlichen Erhebungen. Bei diesen werden die Arbeiter eines bestimmten Berufes auf das genaueste untersucht; im Bedarfsfall werden genaue Blutuntersuchungen gemacht. Die Ermüdung einzelner Muskelgruppen wird mit einem dem Mosso'schen Ergographen ähnlichen Instrument gemessen; Erhebungen über den Staubgehalt der Luft in einzelnen Betrieben werden vorgenommen. Bis heute sind bereits 22000 Arbeiter bei solchen Massenuntersuchungen nach bestimmten Fragebogen und Formularen untersucht worden; eine besonders genaue Untersuchung wurde über Bleierkrankungen gemacht.

Dr. E. J. Neisser (Berlin) spricht über die günstigen Erfahrungen, die man in England mit der Mitwirkung der Ärzte in der Gewerbeinspektion gemacht habe. In Mailand habe die Stadtverwaltung die Gewerbeinspektion den Gemeindeärzten übertragen. In Deutschland und Oesterreich sei die Mitwirkung der Amtsärzte bei der Überwachung der Fabrikbetriebe nicht in wünschenswertem Umfang durchgeführt, eine Teilnahme der Ärzte an der Gewerbeinspektion gebe es überhaupt nicht. Er beantragt, die Frage der Gewerbeinspektion und speziell die Frage der Mitwirkung der Ärzte bei derselben auf die Tagesordnung des nächsten Kongresses zu setzen.

Dieser Anregung, die mit großem Beifall aufgenommen wurde, kam noch insofern eine erhöhte Bedeutung zu, als in Italien erst kürzlich ein Gesetzentwurf, der die Gewerbeinspektion einführen sollte, von dem Parlamente abgelehnt wurde.

Dann wurde die obenerwähnte Diskussion über berufliche Infektionen fortgesetzt, an die sich dann noch ein Vortrag Menozzi über **Hypherphosphat**fabriken und ein Vortrag Pigorini's über **Kupfervitriol**fabriken anschloß. Der letztere schildert die hygienische Lage der bei der Herstellung des Kupfervitriols Beschäftigten sehr günstig und meint, daß besondere gesetzliche Vorschriften für diese Betriebe nicht nötig seien, sondern die allgemein für Fabrikbetriebe geltenden Vorschriften genügen.

Medea (Mailand) legte dem Kongreß einen interessanten Bericht über **Anilin**vergiftungen vor. Er berichtet über einen zur Autopsie gelangten Fall von Polyneuritis acuta, die nach seiner Meinung auf Anilinvergiftung zurückzuführen war, sowie über mehrfache Tierexperimente.

In der zweiten Sektion trug inzwischen Vitali (Venedig) über die bei den

Gondolieren und Schiffern beobachteten Veränderungen des Knochen- und Gefäßsystems vor. Er kommt zu dem Schlusse, daß ihr Beruf einer der allergesündesten ist, als Schädlichkeiten machen sich der Alkoholismus und schlechte Wohnungsverhältnisse geltend. Von Knochenveränderungen werden leichte Kyphosen, von Gefäßveränderungen Arteriosklerose (Alkohol und schwere Arbeit) beobachtet.

Repace (Messina) legt einen Bericht über die organischen Veränderungen vor, die sich bei den Arbeiterinnen Calabriens finden, die **schwere Lasten auf dem Kopfe** tragen. Die letzten Wirbel der Halswirbelsäule ragen mehr als normal hervor (in zwei Fällen bestand Sublaxation des I. Wirbels nach vorne) Krämpfe in der seitlichen Halsmuskulatur traten auf, die als Beschäftigungsneurose aufzufassen sind, ferner Paraesthesien in den oberen Extremitäten besonders rechts und Druckempfindlichkeit ihrer Nervenstämme (vom Hinaufheben der schweren Lasten).

Schon am Schlusse der Sitzung des Vortages hatte Vasta über die Thoraxdeformitäten der sicilianischen **Carusi** gesprochen. Diese tragen vom frühen Knabenalter an in den Schwefelbergwerken Lasten von 20 und mehr Kilo in einem Sacke über der linken Schulter und zeigen die dieser Belastung entsprechende Thoraxdeformitäten.

Giannini besprach in interessanter Weise die Erscheinungen geistiger Übermüdung bei den **Tramway**führern. Bernabei über den **Hitzschlag** bei den Bauern, den er unter die Unfälle aufgenommen wissen will.

Torretta (Turin) besprach die Gefahren der **Leuchtgas**fabrikation, und die Mittel zu ihrer Verhütung (Ventilation, mechanische Beschickung der Öfen usw.).

Allevi sprach auch im Namen Gigliolis über die Wettmärsche in der Armee und über die Sommer**manöver.** Er fordert, daß die Marschleistungen die physiologisch und hygienisch gebotenen Grenzen nicht übersteigen und daß die Hauptmanöver auf den Herbst verlegt werden sollen. Der Kongreß nahm eine entsprechende Resolution an.

In der Schlußsitzung beantragte Devoto im Namen Gobbis, Pontiggias, Petrinis und Bernacchis der Kongreß möge seinen Gruß dem Senator De Angeli entbieten, dem Vorkämpfer für soziale Fürsorge und soziale Reformen in Italien — der Kongreß stimmte unter großem Beifall einmütig zu.

Dann sprach Devoto über Diätetik des Arbeiters. — An der Diskussion beteiligten sich Treves, Bernabei u. a.

Der Kongreß sprach dem Vortragenden (Devoto) den Dank für seine mühevollen und interessanten Studien aus.

Zanoni (Genua) sprach über die Krankheiten des Personales der **Gasthäuser;** über die Anämie der Köchinnen und der Büglerinnen, den Alkoholismus, die venerischen Krankheiten, die Varicen usw.

Dann kam man zu dem Schlußthema des Kongresses: **Soziale Hilfe** für die an Berufskrankheiten Leidenden. Schon am Tage vorher war wohl das wichtigste Thema dieser Frage behandelt worden. Magaldi — einer der Vertreter der italienischen Regierung, hatte über die Krankenversicherung der Arbeiter gesprochen und war unter lebhaftem Beifall der Versammlung für eine baldige Einführung der staatlichen Krankenversicherung eingetreten.

Gobbi (Mailand) spricht darüber, wie schwer sich oft die Grenze zwischen Unfall und Gewerbekrankheit ziehen lasse; wie auch für die letztere die Industrie haftbar sei, wie schwierig aber es sein würde, die Grenze zwischen gewerblichen

und den anderen Erkrankungen zu ziehen. Das beste Mittel aber, für die infolge ihres Berufes Erkrankten zu sorgen, sei die Organisation einer allgemeinen obligatorischen Krankenversicherung.

Fabris (Mailand) spricht als Korreferent über dasselbe Thema; er tritt vor allem für Verhütungsmaßregeln ein, für die ja durch die Verhandlungen des Kongresses so reichliches Material beigebracht wurde, und spricht sich in nur unbestimmter und verklausulierter Form für die Krankenversicherung aus.

Teleky (Wien) spricht über die Aufgaben, die die Krankenkasse bei der Bekämpfung der Gewerbekrankheiten zu erfüllen habe; bei ihr ströme alles statistische und klinische Material über gewerbliche Erkrankungen zusammen. Nützlich sei es, wenn sie durch Anstellung eines Spezialarztes für Gewerbekrankheiten für Sammlung und Verarbeitung dieses Materiales sorge (Vortr. ist bei dem Verband der Genossenschaftskrankenkasse und allg. Arbeiterkrankenkasse in Wien in dieser Stellung tätig). Die Kasse könne in den einzelnen ihr angehörigen Betrieben auf eine Verbesserung hinwirken und auch Material und Basis für gesetzliche Ordnung einzelner Betriebszweige schaffen. — Vortragender legt die Ergebnisse einer Bleienquete der Wiener Krankenkassen vor und ein Bleimerkblatt. — Zum Schlusse fordert er zu einem energischen Votum für die obligatorische Krankenversicherung auf.

Giglioli berichtet über die Verhütung gewerblicher Erkrankungen in England.

Baseggio (Mailand) spricht über die großen hygienischen Fortschritte, die in der Industrie Italiens während der letzten Jahre gemacht wurden, über den modernen Fabrikbau, über die zahlreichen Schutzeinrichtungen und Wohlfahrtseinrichtungen, die einzelne große Etablissements geschaffen. Die Resolution Gobbis, die die Krankenversicherung fordert, wurde mit dem Zusatz „obligatorisch“ einstimmig angenommen. Dann schritt man zum Schlusse des Kongresses. Roth dankte den Veranstaltern (vor allem Christoforis und Devoto im Namen der ausländischen Mitglieder); Petrini sprach dem Kongreß den Dank der organisierten Arbeiterschaft aus. Christoforis dankte namens des Präsidiums den Kongreßmitgliedern, vor allem den Sekretären Vigano, Carrozzi, Veratti und Camperio. Menozzi sprach namens der Stadt Mailand.

Aus der Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik in Berlin.[1])

Herr Mayet (fortfahrend): Um einen ungefähren Anhalt über die Verhältnisse in der zukünftigen sozialen Versicherung zu gewinnen, vergegenwärtige man sich schätzungsweise die in Betracht kommenden Zahlen. Die Krankenversicherung zählte 1903 nur 10,22 Mill. Personen in den reichsgesetzlichen Krankenkassen und 0,69 in den Knappschaftskassen. Die Zahl der Versicherten der Invalidenversicherung ist unbekannt. Die Zahl der abgesetzten Beitragsmarken läßt auf 13,1 Mill. Invalidenversicherter schließen. Der Atlas der Arbeiterversicherung (S. 12) nimmt für 1902 13,4 Mill. Invalidenversicherter an. Unfallversichert waren im Jahre 1903 in 66 gewerblichen Berufsgenossenschaften 7,5 Mill., in 48 landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften 11,2 Mill., in 198 staatlichen Ausführungsbehörden (Heer, Marine, Post, Eisenbahn usw.) 0,73 Mill. und in 289 Provinzial- und Kommunal-Ausführungsbehörden 0,08 Mill.; das sind etwa 19½ Mill. Personen. Zu ihnen tritt noch eine unbekannte Anzahl in 14 Versicherungsanstalten, die von 13 Baugewerksberufsgenossenschaften und von der Seeberufsgenossenschaft mitverwaltet werden. (In der Seeberufsgenossenschaft sind 0,06 Mill. versichert.) 1½ Mill. Personen, die gleichzeitig in gewerblichen und landwirtschaftlichen Betrieben beschäftigt und versichert sind, mögen doppelt erscheinen und abzusetzen sein. Unfallversichert mögen im Jahre 1903 also rund 18 Mill. Personen gewesen sein. Zu diesen sollen nun noch kommen die Dienstboten für häusliche Dienste (1895: 1,34 Mill. Personen) und die Hausindustriellen und Heimarbeiter. Auch die letztere Zahl ist schlecht erfaßbar, da der Registrierzwang für sie noch nicht eingeführt ist. Von manchen wird für sie die Zahl von 1,3 Mill. angegeben. Das brächte die Unfallversicherung auf nahezu 21 Mill Personen, und, die Bevölkerungsvermehrung bis zum Inkrafttreten der erwähnten sozialen Versicherung mit in Betracht gezogen, wohl auf über 22 Mill. Unfallversicherte. Nicht für alle diese würde aber die Unfallversicherung auch mit der Krankenversicherung zu kombinieren sein, z. B. nicht für das Heer und die Marine, die ihre eigene Krankenbehandlung haben. Wir dürfen etwa mit (einem Minimum von) 20 Mill. Personen rechnen, die sowohl in Unfall-, als Kranken-, Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung Mitglied sein sollen. Wie verteilen sich

---

[1]) Nach den Verhandlungen der Gesellschaft, abgedruckt in Nr. 10, 11, 14, 21 der „Medizinischen Reform", herausg. von R. Lennhoff.



diese 20 Mill. Personen nach Alter und Familienstand? Wieviel Angehörige derselben würden mitunterstützungsberechtigt sein? In der Gesamtbevölkerung waren (am 1. Dezember 1900 s. Stat. Jahrb., 1905, S. 4) vorhanden: Ledige unter 14 Jahre alt 32,80 Proz., Ledige über 14 Jahre alt, Verwitwete und Geschiedene 32,44 Proz. (im Alter von 14—65 Jahren 29,56 Proz., über 65 Jahre 2,88 Proz.), Verheiratete 34,76 Proz. Die ledigen arbeitenden Versicherten mögen hiernach zu den verheirateten etwa im Verhältnis von 6:7 stehen. Von den 20 Mill. Versicherten mögen daher rund 10,4 Mill. als verheiratet und 9,6 Mill. als Ledige, Verwitwete und Geschiedene, im Alter von 14—65 Jahren stehend, betrachtet werden. Von 10,4 Mill. verheirateten erwerbstätigen Versicherten werden etwa 2,9 Mill. Frauen sein. Ich rechne daher im folgenden mit 2,9 Mill. Ehepaaren, wo Mann und Frau arbeiten, 4,6 Mill. verheirateten Männern, wo die Frau nicht mitarbeitet, und 9,6 Mill. ledigen usw. Arbeitenden.

Da im Reiche im Jahre 1900 auf 34,76 Verheiratete 32,80 Kinder und 2,88 über 65 Jahre alte Unverheiratete kamen, kann man auf jede Ehe rund 2 im Haushalt lebende, unterhaltene Angehörige rechnen. Das ergibt für 2,9 Mill. Ehen, wo Mann und Frau versichert sind, 5,8 Mill. Angehörige und für 4,6 Mill. allein arbeitende Familienväter neben den 4,6 Mill. Ehefrauen noch $2 \times 4,6 = 9,2$ Mill. angehörige Kinder und Alte. Hiernach stellt sich die Zahl der Angehörigen der Versicherten überhaupt auf $5,8 + 4,6 + 9,2 = 19,6$ Mill. Personen. 20 Mill. Versicherte + 19,6 Mill. Angehörige = 39,6 Mill. Personen. Die soziale Versicherung würde sich auf zwei Drittel des deutschen Volkes erstrecken.

Im Jahre 1903 kamen (s. Stat. Jahrb. f. d. D. R. 1905, S. 265 u. 267) auf die 7466484 in den 66 gewerblichen Berufsgenossenschaften Versicherten 6115164000 Mk. „in Anrechnung gebrachter Lohnbeträge“, das ist auf 1 Versicherte durchschnittlich rund 819 Mk. Für die 11,2 Mill. in Land- und Forstwirtschaft Unfallversicherten finden sich keine Lohnangaben, da für die Beitragsberechnung der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften wesentlich abweichende gesetzliche Bestimmungen gelten (Arbeitsbedarfsnachweisung, Grundsteuerfuß usw.). Das gleiche trifft für die Versicherungsanstalten der Baugewerksberufsgenossenschaften, der Tiefbau- und der Seeberufsgenossenschaft zu. Für die in Land- und Forstwirtschaft Versicherten wird ein wesentlich geringerer Durchschnittsjahresarbeitsverdienst anzunehmen sein. Ich will mit einiger Willkür für 10 Mill. Personen einen durchschnittlichen Arbeitsverdienst von 820 Mk. und für die anderen 10 Mill. Personen einen solchen von 580 Mk., für die 20 Mill. zusammen also einen Durchschnittsarbeitsverdienst von 700 Mk. annehmen. Der Lohnfonds, für den beizusteuern wäre, betrüge also 14 Milliarden Mark.

Die Kosten wären folgendermaßen zu schätzen: I. Die **Unfallversicherung** kostete im Jahre 1903 für rund ca. 18 Mill. Personen, einschließlich der Einlagen in die Reservefonds (15,5 Mill. Mk.) 152,3 Mill. Mk. Hierunter sind 0,81 Mill. staatlich und kommunal Versicherter mit 9,8 Mill. Mk. Unfallausgaben. Diese abgesetzt kostete sie für ca. 17,19 Mill. Personen 142,5 Mill. Mk. Neu hinzu treten 1,3 Mill. Dienstboten und ca. 1,3 Mill. Hausindustrieller und Heimarbeiter, mit sage durchschnittlich 580 Mk. jährlichem Arbeitsverdienst — bei Anrechnung der Naturalbezüge der Dienstboten (Wohnung, Verköstigung) in Geld. Ein Teil der Heimarbeiter, z. B. die Tabakheimarbeiter, sind aber schon in die Unfallversicherung einbezogen. Bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften kamen auf 6115,2 Mill. Mk. anrechnungsfähige Löhne insgesamt 108 Mill. Mk.

Ausgaben. Die Unfallversicherung kostete hier durchschnittlich 1,77 Proz. der Löhne. Dieser Satz erscheint für die neu hinzukommenden Dienstboten, Hausindustriellen und Heimarbeiter, die zwar auch Unfallgefahren, aber nicht so erheblichen ausgesetzt sind, zu hoch. Bei der Tabakberufsgenossenschaft kamen auf 77 Mill. Löhne 0,16 Mill. Unfallversicherungsangaben, also nur 0,21 Proz. Dieser Satz ergäbe für die Dienstboten usw. auf die Person (bei angenommenen 580 Mk. Lohn) 1,22 Mk. Unfallversicherungskosten. Bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften kam auf 11,2 Mill. Personen 32,3 Mill. Mk. Unfallversicherungsausgabe, also auf die Person 2,88 Mk. Die Unfallgefahr der Landwirtschaft ist aber höher als die der Dienstboten und Heimarbeiter. Nimmt man den zwischen 1,22 und 2,88 Mk. liegenden Betrag von 2,08 Mk. (oder 4 Pfg., auf die Person pro Woche) auf die Person an, das ist = 0,36 Proz., so wird das wohl genügen. 2,6 Mill. $\times$ 2,08 = 5,41 Mill. Mk. Hinzu treten noch die Verwaltungskosten und die ziemlich hohen Zuschläge zur Bildung eines Reservefonds (vgl. § 34 des G. U.-G.). Deshalb mag der Beitrag für die Unfallversicherung der Dienstboten, Hausindustriellen und Heimarbeiter auf $^1/_2$ Proz. des Lohnes oder auf insgesamt 7,54 Millionen Mk. zu erhöhen sein. Die Kosten aller Unfallkrankheitsfolgen sollen auf die Unfallversicherung übergehen. Die Einzelschätzung hierfür folgt weiter unten unter „Krankenversicherung". Die Schätzungsgrundlagen sind spärlich. Nach der Statistik des Deutschen Reiches, Bd. 24, S. 121, waren im Jahre 1887 von der Zahl der Krankengeldtage mit Erwerbsunfähigkeit nur rund $6^2/_3$ durch Betriebsunfälle veranlaßt. Die Verhältnisse scheinen sich aber allmählich sehr geändert zu haben, oder die damaligen Berichte der Krankenkassen über die Unfallfolgen für sie waren nicht vollständig. — Gegenwärtig lassen viele Nachrichten von einzelnen Kassen $^1/_6$ bis $^1/_8$ der Krankheitsfälle mit Erwerbsunfähigkeit als durch Betriebsunfälle verursacht erscheinen. Bei der großen, gegen 100000 Mitglieder zählenden Allgemeinen Ortskrankenkasse München, die Angehörige recht mannigfacher Berufe in sich faßt, waren in der Zeit vom 2. Mai bis 30. Dezember 1905 die Betriebsunfallkranken 17,1 Proz. aller erwerbsunfähig Kranken. — In der Luxemburgischen Krankenversicherung, die der deutschen sehr ähnlich eingerichtet ist, waren von den mit Erwerbsunfähigkeit verbundenen Krankenfällen im Jahre 1904 25,6 Proz. (1903: 23,7 Proz.) durch Unfälle verursacht; insbesondere bei den Betriebskrankenkassen 32,4 Proz., Bezirkskrankenkassen 12,5 Proz., Hilfskassen 12,5 Proz. Für alle Erkrankungsfälle, einschließlich derer mit belassener Erwerbsfähigkeit, stellte sich die Unfallversicherung auf 18,7 Proz. (17,3 Proz.). Von 100 bei den Krankenkassen gemeldeten Unfällen wurden aber nur 62 Proz. (63 Proz.) bei den Unfallversicherungsorganen angezeigt. (Vgl.: „Die Krankenversicherung im Großh. Luxemburg 1904." Luxemburg 1905. S. 17ff.)

Ich will für den großen Durchschnitt der Deutschen Krankenkassen in dem bei der Weiterbildung der sozialen Versicherung erreichten Umfange nur ein Achtel aller Krankengeldtage der Krankenkassen, als aus Betriebsunfällen herrührend, ansetzen. Damit hätte die Unfallversicherung der Krankenversicherung zu erstatten: Krankengeld 21,4 Mill. Mk., Arznei und sonstige Heilmittel 5,8 Mill. Mk., Krankenanstaltsbehandlung 6,4 Mill. Mk. (Das Honorar der Ärzte erhöhte sich auf 17 Mill. Mk. (s. u.). Die Kosten bestimmter Krankheiten, welche bei den Angehörigen bestimmter Berufe auftreten, sollen von den Berufsgenossenschaften übernommen werden. Nach der ganzen Lage der Lehre von den Berufskrankheiten ist anzunehmen, daß der Bundesrat

zunächst nur wenige Berufe (Betriebsarten) herausgreifen und auch nur wenige, klar als Berufskrankheit erkennbare oder mit hoher Wahrscheinlichkeit als Berufskrankheit anzusehende Krankheiten jener Berufe auf die Berufsgenossenschaften hinüberbürden würde. Es sei daher zunächst nur ein kleiner Betrag — sage 2 Mill. Mk. — hier dafür ausgeworfen. Ermäßigen dürften sich infolge der Einrichtung von Versicherungsbezirkskassen die Kosten der Unfallversicherung für Unfalluntersuchung und Feststellung der Entschädigungen (1903 ohne staatliche und kommunale Unfallversicherung: 3,65 Mill. Mk.), Rechtsgang (1,7 Mill. Mk.), Verwaltung (12,2 Mill. Mk.). Dafür dürfte aber die Unfallverhütung, in deren Dienst jetzt nur 76 Beauftragte der Berufsgenossenschaften wirken und für die jetzt nur 1 Mill. Mk. aufgewendet wird, wirkungsvoller auszugestalten sein. Die Ersparnis auf der einen Seite sollte sich mit dem Mehraufwand auf der anderen ausgleichen.

II. **Krankenversicherung** (vgl. Statistik des Deutschen Reichs, Bd. 163). Die Zahl der Krankheitstage mit Krankengeld oder mit Behandlung in Krankenanstalten schwankt von Jahr zu Jahr stark, je nach dem Charakter der Jahre (Witterung, Influenza, Darmkrankheiten usw., Konjunktur). In dem 19jährigen Zeitraum 1885—1903, für welche die 13 wöchige Unterstützungsfrist als gesetzliche Mindestleistung den Kassen vorgeschrieben war, schwankte die Zahl der jährlichen Krankengeldtage pro Mitglied zwischen 5,4 und 7; bei den beiden wichtigsten Kassenarten, den Ortskrankenkassen zwischen 5,3 und 7,4, den Betriebs-(Fabrik-)Krankenkassen zwischen 5,7 und 7,7. Für längere Perioden zeigt die Relativzahl der Krankengeldtage eine Tendenz der Steigerung; deshalb wird man statt mit der allgemeinen Durchschnittszahl der 19 Jahre: 6,2 Tage jährlich auf das Mitglied, der Sicherheit halber, lieber mit der Höchstzahl: 7,0 Tage rechnen. Jetzt ist die Gemeindekrankenversicherung in mannigfacher Hinsicht ungenügend ausgestaltet. Dem wird es zuzuschreiben sein, daß bei ihr (mit einer Schwankung zwischen 3,9 und 4,7 Tagen pro Mitglied) im großen Durchschnitt nur 4,3 Krankengeldtage auf das Mitglied entfielen. Wird die Gemeindekrankenversicherung mit ihren 1 ½ Mill. Mitgliedern beseitigt und die Krankenversicherung in den Gemeinden bequemer und wirkungsvoller ausgestaltet, so wird sich die Krankentagzahl dort nicht niedriger als anderswo gestalten.[1] Dann wird man die oben angenommene Zahl von 7 Tagen pro Mitglied um etwa 5 Proz. zu erhöhen haben, auf 7,35 Tage. Wird künftig auch für Sonn- und Feiertage Krankengeld gezahlt, so erhöht sich die Krankengeldtagezahl um fast ein Sechstel; nicht voll ein Sechstel, weil in den Krankenanstaltstagen die Sonn- und Feiertage schon mitgezählt sind. Wir erhöhen deshalb nur um 1/7. Es werden aus 7,35 Tagen nun 8,4 entschädigte Krankentage pro Mitglied. Gegenüber dem Allgemeindurchschnitt des Jahres 1903: 7,0 Tage ist dies eine Erhöhung um ganze 20 Proz. Um diese 20 Proz. ist auch das gezahlte Krankengeld zu erhöhen; aus 79,1 Mill. Krankengelder des Jahres 1903 werden so 94,92 Mill. Mk. bei 10,22 Mill. Mitgliedern. Für 10 Mill. Personen werden 820 Mk. Lohn als Durchschnitt angenommen = 8200 Mill. Mk.; für 0,22 Mill. nur 580 Mk. Durchschnitt = 127,6 Mill. Mk. Lohn; aus zusammen 8327,6 Mill. Mk. Lohn stammen

[1]) Nach den 35 Wochenberichten der Ortskrankenkasse München für die Zeit vom 2. Mai bis 30. Dezember 1905 betrug der Stand der erwerbsunfähig Kranken im Mittel 2,62 Proz. der Versicherten, bei den Versicherten der Landwirtschaft, Gärtnerei und Tierzucht aber im Mittel 2,73 Proz.

dann die Krankengelder im Betrage von 94,92 Mill. Mk. Das heißt, das Krankengeld würde 1,14 Proz. der Lohnsumme ausmachen. Für die weiter hinzukommenden 9,78 Mill. neu Krankenversicherter (Land- und Forstwirtschaft, Dienstboten, Hausindustrielle und Heimarbeiter) mit durchschnittlich nur 580 Mk. Lohn beträgt der Lohnfonds 9,78 × 580 = 5672,4 Mill. Mk. Hier auch 1,14 Proz. als Betrag des Krankengeldes angenommen, ergibt für diese Versicherten noch 64,67 Mill. Mk. Krankengeld. 94,82 + 64,67 = 159,49 Mill. Mk. Krankengeld bei 20 Mill. Versicherter. Nun ist aber durch die Novelle zum Krankenversicherungsgesetz vom 25. Mai 1903 die gesetzliche Unterstützungsdauer der Krankenkassen von 13 auf 26 Wochen erhöht worden. Die Erhöhung greift Platz vom 1. Januar 1904. Ihre Wirkungen sind noch abzuschätzen. Nach den in Bd. 84 der Statistik des Deutschen Reiches, Krankenversicherung im Jahre 1894, auf den Seiten XLIV und XLV in den beiden Spalten 12 gegebenen Daten hat man von einer Erhöhung der Unterstützungsfrist von 13 auf 26 Wochen eine Erhöhung der Krankengeldtage bei den Männern um 11,8 Proz., bei den Frauen um 15,9 Proz. zu erwarten. Tatsächlich hatten aber so viele deutsche Krankenkassen bereits vorher die Unterstützungsdauer statutarisch erhöht, daß letztere im Jahre 1903 statt 13 Wochen schon 16,8 Wochen betrug. Das verringert die anzusetzende Erhöhung bei den Männern von 11,8 auf weniger als 6,7 Proz., bei den Frauen von 15,9 auf weniger als 9,1 Proz. Da sehr viel mehr Männer als Frauen versichert sind,[1]) so hat man höchstens 7,5 Proz. Steigerung der Krankengeldtage durch die Verlängerung der gesetzlichen Unterstützungsdauer zu erwarten. 159,49 Mill. Mk. um 7 $^1/_2$ Proz. vermehrt, ergibt rund 171,5 Mill. Mk. für Krankengeld. Wird von der Unfallversicherung für die Kosten von Betriebsunfällen ein Achtel des Betrages an Krankengeld mit 21,4 Mill. Mk. erstattet, so verbleiben der Krankenversicherung Krankengeldausgabe 150,1 Mill. Mk. Für Arznei und sonstige Heilmittel betrug bei 10,22 Mill. Versicherten die Ausgabe 1903: 28,9 Mill. Mk. In dieser Arzneiausgabe ist auch die für einige Millionen mitunterstützter Angehöriger enthalten. Es ist unbekannt, wieviele Angehörige schon jetzt mit krankenunterstützt werden. Angenommen, die Versicherten und mitunterstützten Angehörigen machten jetzt zusammen 13,2 Mill. Personen aus, so wäre das ein Drittel der späteren Anzahl. Für 39,6 Mill. Personen wird also 3 × 28,9 = 86,7 Mill. Mk. Ausgabe für Arznei und sonstige Heilmittel angesetzt. Da die Arzneiausgabe aber von Jahr zu Jahr steigt und die Verlängerung der Unterstützungsdauer auf 26 Wochen auch steigernd einwirken wird, möge auch hier eine Erhöhung angesetzt werden, um 7 $^1/_2$ Proz. auf 93,2 Mill. Mk. Von dem Medizinaufwand wird die Unfallversicherung einen Teil zu erstatten haben. Sind die 20 Mill. Versicherten selber mit $^1/_2$ × 93,2 = 46,6 Mill. Mk. an der Arzneiausgabe beteiligt, so wird davon nach oben genannten Annahmen ein Achtel als von Betriebsunfällen veranlaßte Ausgabe zu betrachten und $^1/_8$ × 46,6 = 5,8 Mill. Mk. hier abzusetzen sein. Wir erhalten somit 93,2 — 5,8 = 87,4 Mill. Mk. für Arznei und sonstige Heilmittel. Die Sterbegelder betragen jetzt bei 10,22 Mill. Versicherter mit 8327,6 Mill. Mk. Lohnfonds 5,4 Mill. Mk. oder 0,065 Proz. der Lohnsumme. Daher bei 20 Mill. Versicherter und 14 Milliarden Lohnfonds nun 9,1 Mill. Mk. für Sterbegelder. Hierzu tritt noch eine vermehrte Zahlung von Sterbegeldern bei Tod von Ehefrauen und von Kindern. Insgesamt werden daher nun 15 Mill. Mk. für Sterbegelder angesetzt. Nach den oben gemachten

[1]) 1903 kamen in der Krankenversicherung auf je 100 Männer 33,2 Frauen.

Vorschlägen sollen die Sterbegelder aber aus der Krankenversicherung ausgeschieden und von der Alters- und Hinterbliebenenversicherung getragen werden.

Die Krankenanstalten erfordern jetzt 23,7 Mill. Mk. Pflegekosten bei 10,22 Mill. Versicherten. Die Ausgabe ist im Steigen. Für 20 Mill. Versicherte wird daher das Doppelte angesetzt: 47,4 Mill. Mk. Auch hier wird, wie bei Krankengeld und Arznei eine Erhöhung von $7^1/_2$ Proz. angebracht sein. Dann steigt die Ausgabe für Behandlung in Krankenanstalten auf 51 Mill. Mk. An diesem Betrage wird die Unfallversicherung mit $^1/_8$ = 6,4 Mill. Mk. zu beteiligen sein. Dann verbleiben der Krankenversicherung als Ausgabe an die Krankenanstalten 44,6 Mill. Mk. Die Ausgaben für das Heilpersonal sind jetzt in dem Posten für ärztliche Behandlung mit enthalten. Nach meinen Vorschlägen sollen nun in ausgedehnterem Maße in den entlegeneren Gemeinden Krankenschwestern fest stationiert werden, solche zur Krankenpflege und Haushaltführung (als statutarische eventuelle Mehrleistung) gewährt werden, Massage und Desinfektion in erhöhtem Maße zur Anwendung kommen. Ich setze neu dafür ein: 30 Mill. Mk.

Für eine Mutterschaftsversicherung gibt der jetzige Aufwand von 2,9 Mill. Mk. für Wöchnerinnen keinen Anhalt. Ich schätze in folgender Weise. Die erweiterte Krankenversicherung umfaßt 39,6 Mill. Personen; 36 Geburten (einschließlich der Totgeborenen) durchschnittlich auf 1000 Einwohner gerechnet, ergibt 1425600 Geburten. Auf jede 6 Wochen Schwangerschafts- und 6 Wochen Wöchnerinnenunterstützung gerechnet, ergibt 17107200 Unterstützungswochen. 580 Mk. als Jahres-Durchschnittslohn oder 11,15 Mark als Wochendurchschnittslohn der Frau angenommen, ergibt, wenn der halbe Lohn als Unterstützung gezahlt wird, 5,58 als Unterstützung für 1 Woche oder, nach oben abgerundet, 5,60 Mk., gleich 80 Pfennig pro Tag. Für 17107200 Unterstützungswochen der Schwangeren und Wöchnerinnen sind dann anzusetzen 95,8 Mill. Mk. Für Hebammendienste zu durchschnittlich 10 Mk. für die Geburt setze ich neu ein: 14,3 Mill. Mk. Was die geplanten Stillprämien betrifft, so möge die erste Prämie von 25 Mk. an diejenigen Mütter, welche nach 6 Monaten noch stillen, unter Berücksichtigung des Abgangs der ca. 40000 Totgeburten und eines unausbleiblichen zuerst starken Abganges an Säuglingen, und andererseits derjenigen Mütter, die nicht stillen können oder dürfen, oder denen der Erwerb es doch unmöglich macht, nur mit 600000 Fällen angenommen werden. Nach weiteren 6 Monaten werden es wohl kaum noch 400000 Mütter sein, die selbst stillen. Hiernach 1 Mill. Stillprämien à 25 Mk. = 25 Mill. Mk. Für Mutterschaftsversicherung also insgesamt 135,1 Mill. Mk.

Die Ausgabe für Rekonvaleszenten ist jetzt ganz unerheblich: nur 0,16 Mill. Mark bei 3,78 Millionen Krankheitsfällen mit Erwerbsunfähigkeit! Daß die Rekonvaleszenten-Unterstützung eines weiteren Ausbaues, einer häufigeren Anwendung zur Erreichung der vollen Erwerbsfähigkeit bedarf, ist ohne weiteres klar. Vermutlich tritt sie aber schon oft ein, indem mancher Arzt aus Mitleid den Nichtmehrkranken, aber noch nicht wieder Vollkräftigen doch weiter als erwerbsunfähig Kranken aufführt. Andererseits fehlt dem Arzt jetzt bei chronisch Kranken, die noch erwerben, die noch nicht im Sinne des § 5, Abs. 4 des Invalidenversicherungsgesetzes als dauernd erwerbsunfähig anzusehen sind, eine Zwischenstufe zwischen Fürsorge der Krankenversicherung und Fürsorge der Invalidenversicherung. Für die Größe des Bedürf-

nisses kann folgendes einen Anhalt geben: Eine Verlängerung der Unterstützungsdauer der Krankenkassen über 26 Wochen hinaus auf 1 Jahre würde die Zahl der Krankengeldtage steigern bei den Männern im Verhältnis von 111,8 auf 120,5 oder von 100 auf 107,8, bei den Frauen im Verhältnis von 115,9 auf 126,3 oder von 100 auf 109,0. Für beide Geschlechter zusammen beträgt die Steigerung, da die Männer dreimal so zahlreich als die Frauen versichert sind, nur 8,1 Proz. Dieser Prozentsatz auf den unter B. 1 für die ersten 26 Wochen nachgewiesenen Bedarf an Krankengeld (150,1 Mill. Mk.) angewendet, läßt es empfehlenswert erscheinen, für Rekonvaleszenz und Halbinvalität 12,2 Mill. Mk. auszusetzen. Aus diesem Betrage kann noch die „Krankenrente" der Invalidenversicherung, die im Jahre 1903 2,2 Mill. Mk. erforderte, bestritten werden.[14]) Die vorbeugende Heilbehandlung ist bis jetzt eine von den Invalidenanstalten übernommene Aufgabe. Sie verwendeten im Jahre 1903 dafür 9,9 Mill. Mk. Die Ausgabe für diesen Zweig der Fürsorge sind in schneller Entwicklung begriffen. In Rücksicht hierauf und auf die eintretende Vermehrung der Invalidenversicherten von etwa 13,1 auf etwa 20 Mill. Personen, wird man das Doppelte der bisherigen Ausgabe ansetzen dürfen, rund 20 Mill. Mk. Die Verwaltung der Krankenkassen kostet gegenwärtig pro Mitglied nur 1,16 Mk. — insgesamt (1903) 11,8 Mill. Mk. Der Grund liegt darin, daß für 1,5 Mill. in der Gemeindeversicherung die Gemeinden die Verwaltungskosten ganz und für 2,6 Millionen in den Betriebs- und Bau-Krankenkassen Versicherter die Unternehmer sie fast ganz zu tragen haben. In den Versicherungsbezirkskassen fallen diese Gratisdienste fort. Es betragen die Verwaltungskosten pro Mitglied bei den Ortskrankenkassen 1,79 Mk., den Innungskrankenkassen 2,11 Mk, den Eingeschriebenen Hilfskassen 2,14 Mk. Da aber andererseits durch die Zusammenlegung der Krankenkassen Ersparnisse entstehen müssen, auch für Eintreibung der Beiträge und andere ihnen geleistete Dienste doch von den Unfallberufsgenossenschaften und der zentralisierten Alters-, Invaliden- und Reliktenversicherung Rückerstattungen zu erwarten sind (etwa 6 + 4 Mill. Mk.), so wird es genügen, 1,50 Mk. pro Kopf der 20 Mill. versicherten Personen für Verwaltung der Bezirkskassen, zu Lasten der erweiterten Krankenversicherung, anzusetzen = 30 Mill. Mk. Die Kosten für ärztliche Hilfe (siehe unten) mögen 116 Mill. Mk. betragen.

III. Bezüglich der Alters- und Invaliden-Versicherung können wir hier einen anderen Weg einschlagen, indem wir aus den bisherigen Markenbeiträgen einen Prozentsatz ableiten. Nach der Höhe des Jahresarbeitsverdienstes sind für die Invalidenversicherten jetzt Lohnklassen gebildet, für die Wochenbeiträge erhoben werden. Letztere auf das Jahr umgerechnet, zeigen, welche Beiträge der Versicherten (Arbeitnehmer und Arbeitgeber zusammen) als ausreichend (neben dem bleibenden Reichszuschuß von 50 Mk. zu jeder Rente) betrachtet werden.

---

[14]) Nach § 16 I.-V.-G. erhält Invalidenrente auch derjenige nicht dauernd erwerbsunfähige Versicherte, welcher während 26 Wochen ununterbrochen erwerbsunfähig gewesen ist, für die weitere Dauer seiner Erwerbsunfähigkeit („Krankenrente").

	Wöchentl. Pfg.	Jährl. Mk.	In Prozent des Arbeitsverdienstes:
Lohnklasse I bis 350 Mk. .	14	7,28	über 2,08
„ II von mehr als 350 . . .	20	10,40	von 2,96
bis zu 550 Mk.	20	10,40	bis herab zu 1,90
„ III von mehr als 550 . . .	24	12,48	von 2,26
bis zu 850 Mk.	24	12,48	bis herab zu 1,47
„ IV von mehr als 850 . . .	30	15,60	von 1,83
bis zu 1150 Mk.	30	15,60	bis herab zu 1,36
„ V von mehr als 1150 . . .	36	18,72	unter 1,63

Da nach der Stückzahl mehr als die Hälfte der Marken in den Lokalklassen III bis V geklebt wird, müssen etwa 2 Proz. als ausreichend zur Deckung betrachtet werden. 2 Proz. von 14 Milliarden Lohnfonds betragen 280 Mill. Mk. Jetzt (1903) betrug die Ausgabe (ohne den Staatszuschuß) 106,1 Mill. Mk., zu denen noch die Aufbringung für Vermögensbildung von 77,2 Mill. Mk. trat, also zusammen 183,3 Mill. Mk. für schätzungsweise 13,1 Mill. Versicherte. Nun sollen 20 Mill. Personen als Versicherte erfaßt werden; außerdem sollen sie sich nach Lohnstufen, sondern nach wirklichen Löhnen beitragen. Die Steigerung von 183,3 auf 280 erscheint demnach nicht unwahrscheinlich. Die Altersrenten betrugen 1903 222,1 Mill. Mk. Sie gehen an Bedeutung zurück. Jetzt soll aber an Stelle der Altersgrenze von 70 die von 65 Jahren treten. Von der Bevölkerung überhaupt machen die 70 Jahre und darüber Alten 2,75 Proz. aus, die Altersklasse von 65—70 aber nur 1,42 Proz. Nun hat aber die Arbeiterbevölkerung „wahrscheinlich“ eine verhältnismäßig geringere Zahl über 70 Jahre Alte und ist vielleicht in den Jahren von 65—70 gegenüber den über 70jährigen stärker besetzt. Deshalb mögen der Sicherheit halber statt weniger als 22 Mill., sogar 35 Mill. hinzugefügt werden, das ist 1/4 Proz. des Lohnfonds. Das brächte die Beiträge zur Alters- und Invalidenversicherung auf 2 1/4 Proz. des Lohnes. Nun soll aber die neue Alters- und Invalidenversicherung höhere Renten als die alte gewähren. (Vgl. oben das Schema in dem Abschnitt über die Leistungen.) Es ist schwer, die Mehrausgabe nach dem neuen Rentenschema kurz und zugleich allgemeinverständlich darzustellen. Ein Beispiel mag orientieren. Im Jahre 1903, im 13. Jahre des Bestehens der Alters- und Invalidenversicherung, betrug der Durchschnitt der bewilligten Invalidenrente 152,27 Mk. und der Altersrenten 155,94 Mk. Ohne den 50 Mk. auf jede Rente betragenden Reichszuschuß betrug die aus Beiträgen erreichte Rentenhöhe also rund 102 und 106 Mk. Nach 13 Jahren Beitragsleistung wird die neue Invalidenrente 28,25 Proz. des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes ausmachen. Für den angenommenen Durchschnittssatz von 700 Mk. Jahres-Arbeitsverdienstes wird sie also 197,75 Mk. betragen. Hierzu tritt noch der Reichszuschuß mit 50 Mk. Nach 13 Jahren Beitragsleistung wird die neue Altersrente 14,125 Proz. des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes und für das dritte und jedes weitere Kind (unter 15 Jahren) des Altersrentners 3,531 Proz. des gleichen Arbeitsverdienstes betragen. Da nun die Altersrente mit dem vollendeten 65. Jahre schon beginnt, mag zuweilen noch ein drittes unerwachsenes Kind im Hause sein. Dann z. B. erhält

der Altersrentner 14,125 × 3,531 = 17,556 Proz. des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes. Im allgemeinen Durchschnitt wieder 700 Mk. als Arbeitsverdienst angesetzt, erhält er 122,89 Mk. neben den 50 Mk. Reichszuschuß. Und bei jedem unerwachsenen Kind wieder um 3,531 Proz. mehr. Für die Kinderrenten neben Halbinvaliden- und Altersrenten nehme ich keinen Reichszuschuß an. In den beiden Beispielen werden aus Beiträgen erreicht: in der Invalidenversicherung bisher 102,27 Mk. nun 197,75 Mk. also nun mehr 93,3 Proz.; in der Altersversicherung bisher 105,94 Mk. nun 122,89 Mk., also nun mehr 16 Proz. Angesichts dessen, daß die Invalidenrenten viel häufiger als die Altersrenten sind, — am 1. Januar 1904 liefen 663,140 Invalidenrenten und nur 156,618 Altersrenten —, mag die nötige Steigerung des Beitragssatzes der Alters- und Invalidenversicherung, um deren Renten auskömmlicher zu gestalten, $^{8}/_{10}$ oben schon berechneten Satzes von $2^{1}/_{4}$ Proz. des Lohnes betragen. So werden als erforderlicher Beitrag statt 2,25 Proz. nun 4,05 Proz. des Lohnes angesetzt. Die Sterbegelder, siehe oben unter B 3 = 15 Mill. Mk., sollen von der Invalidenversicherung übernommen werden. Andererseits fallen aber für Krankenrenten (jetzt) 2,2 Mill. Mk. und für Heilverfahren (jetzt) 9,9 Mill. Mk. bei der Invalidenversicherung nun fort. Die Steigerung beträgt 2,9 Mill. Mk. = 0,02 Proz. des Lohnfonds von 14 Milliarden.

IV. Witwen- und Waisenversicherung. Bei der Schätzung der Zahl der Versicherten wurde mit 2,9 Mill. Ehepaaren gerechnet, bei denen Mann und Frau arbeiten mit 4,6 Mill. Ehepaaren, bei denen der Mann allein Arbeitnehmer ist, zusammen also mit 7,5 Mill. Ehepaaren unter den Versicherten. In der Bevölkerung überhaupt des Deutschen Reiches (1900) kann auf ca. 9,8 Mill. Ehepaare 2,4 Mill. weibliche Verwitwete und Geschiedene, als rund auf 4 Ehepaare eine Witwe. (Siehe Stat. Jahrb. 1905. S. 4.) Im Beharrungszustand wird die Witwen- und Waisenversicherung es also mit $^{1}/_{4}$ × 7,5 Mill. = 1875000 Witwen zu tun haben. Wir haben im großen Durchschnitt mit 700 Mk. Jahresarbeitsverdienst pro versicherte Person gerechnet. Da es sich nun aber hier beim Tode des Mannes stets nur um Männerlöhne handelt, wollen wir den Durchschnitt auf den Durchschnitt der gewerblichen Arbeiter (männliche und weibliche zusammen), d. i. auf 820 Mk. erhöhen. Nach unseren Vorschlägen sollte die Witwe von je 100 Mk. durchschnittlichen Arbeitsverdienstes des Mannes anfänglich 6,25 Mk., mit den Beitragsjahren steigend bis 9,375 Mk. erhalten. Nehmen wir als Mittelwert 30 Beitragsjahre bis zum Tode des Mannes an, so gilt der Satz 8,125 Mk. pro 100 Mk. Arbeitsverdienst. 820 Mk. à 8,125 Proz. = 66,63 Mk. Aus den Beiträgen der Versicherten (Arbeiternehmer und Arbeitgeber) erfordert die Witwenversorgung demnach 1875000 × 66,63 Mk. = 124,83 Mill. Mk. Zu diesen mußten noch treten von Seiten des Reiches: 1875000 × 50 Mk. = 93,75 Mill. Mk. Das sind die Ausgaben an Umlagen im Beharrungszustand, wenn kein Kapitaldeckungsverfahren einen zinstragenden Reservefonds durch von vornherein erhöhte Prämien geschaffen hat. Der Beharrungszustand wird aber erst nach langen Jahren erreicht. Denn zunächst hat man es nur mit 1 Jahrgang neuer Witwen zu tun, zu denen immer wieder neue Jahrgänge treten, während sich die alten durch Tod oder Wiederverheiratung der Witwen in der Witwenrentenzahl wieder mindern. Auf wie viel Witwen ist für 1 Jahrgang zu rechnen? Nach dem Statistischen Jahrbuch der Stadt Berlin auf das Jahr 1904 (S. 4 und 48) kamen auf einen mittleren Bestand von 380854 Ehemännern 6240 Sterbefälle solcher, = 1,64 Proz. Diesen Satz auf 7,5 Mill.

Ehen in der sozialen Versicherung angewendet, sind für diese etwa 123000 neuer Witwen jährlich zu erwarten. Zunächst werden die Witwen von je 100 Mk. durchschnittlichen Arbeitsverdienstes des Mannes nur 6,25 Mk. erhalten; bei 820 Mk. durchschnittlichen Arbeitsverdienstes also nur 51,25 Mk. 123000 Verwitwungsfälle des ersten Jahrganges der Verwitwungen kosten dann im Umlageverfahren nur 123000 × 51,25 = 6,3 Mill. Mk. Der Reichszuschuß beträgt dann 123000 × 50 = 6,15 Mill. Mk. für diesen einen Jahrgang Witwen. Selbstverständlich verdoppeln, verdreifachen, vervierfachen, vervielfachen sich diese Umlagebeiträge und Reichszuschußbeträge rasch. Ich komme jetzt zu den Waisen. In der Bevölkerung überhaupt kamen (1900) auf 9,8 Mill. Ehen 9,8 Mill. Knaben 9,8 Mill. Mädchen im Alter und von bis unter 14 Jahren, auf jede Ehe also 2 Kinder. Die beiden Kinder zusammen werden ebensoviel zu erhalten haben, wie die Mutter. Daraus ist nun aber nicht zu folgern, daß die Waisenversorgung ebensoviel kosten werde wie die Witwenversorgung; denn die Witwen bleiben durchschnittlich längere Zeit im Witwenstande, als die beim Tode des Vaters vorhandenen Waisen im Kindesalter sich befinden. Auf jährlich 123000 Sterbefälle von Familienvätern werden 246000 Waisen im Kindesalter zu rechnen sein, die durchschnittlich etwa $8^1/_2$ Jahr Rente beziehen. Im Beharrungszustand brauchte man, abgesehen von den erwachsenden Verwaltungskosten, etwa 246000 × 3,125 × 8,2 × 8,5 = 45,78 Mill. Mk. für die Waisenversorgung. Dieser Betrag würde mit jedem Jahr nur ein wenig höher werden (— um weniger als je 1 Proz. —), wegen des mit der größeren Zahl der Beitragsjahre für eine große Zahl der neuen Fälle allmählich erhöhten Rentenberechnungssatzes. Bei reinem Umlageverfahren betrügen die Kosten des ersten Jahrgangs Waisen jährlich 246000 × 3,125 × 8,2 = 6,3 Mill. Mk. Hierneben für 246000 Waisenrenten 25 Mk. als Reichszuschuß angenommen, betrüge letzterer zunächst 6,15 Mill. Mk. Selbstverständlich vervielfältigen sich auch diese Umlage- und Reichzuschußbeträge rasch. Trotzdem ist aus einem praktischen Gesichtspunkte für die Witwen- und Waisenversicherung das Umlageverfahren vorzuziehen. Voraussichtlich wird die Industrie in den nächsten Jahren, um die durch die Handelsverträge herbeigeführte Erhöhung der Nahrungsmittelpreise wett zu machen, sowieso schon mit Lohnerhöhungen vorzugehen haben. Es ist zwar zu empfehlen, daß sie außerdem auch erhöhte Beiträge für eine erweiterte und wirkungsvollere soziale Versicherung aufbringe. Aber die Industrie wird die neuen Lasten der letzteren leichter tragen, wenn sie allmählich in sie hineinwächst. Es ist daher auch davon abzuraten, daß man (etwa nach der im § 34 des U.-V.-G. beliebten Weise) die nötigen Umlagebeiträge durch hohe Reservefondszuschläge vermehrte. Im Beharrungszustand mag einst — nach vielen Jahren — die Witwen- und Waisenversicherung zusammen an Umlagebeiträgen dann 1,4 Proz. oder 196 Mill. Mk. bei einem Lohnfonds von 14 Milliarden Mk. kosten. In den ersten Jahren wird sie aber noch nicht 1 per mille, 2 per mille, 3 per mille des Lohnes als Umlage erfordern. Solche allmähliche Steigerung ist für die Industrie um vieles wünschenswerter.

V. Das **Ärztehonorar** für alle Leistungen für die soziale Versicherung (also außer für ärztliche Behandlung auch für die Attestierungen, die Funktionen der Vertrauens- und Vertrauensoberärzte, die Spezialisten, die Geburtshilfe, die Operationen und die Kilometergelder) — ist allen Versicherungszweigen gemeinsam. Daher kann es erst hier seinen Platz finden. Nach der Formel 4 Mk.

pro Mitglied und 4 Mk. pro Mille des Lohnfonds ergeben sich bei 20 Mill. Versicherten und 14 Milliarden Lohnfonds 136 Mill. Mk. Einkommen des Ärztestandes aus der sozialen Versicherung. Ungefähr $^1/_8$ dieses Honorars dürfte von der Unfallversicherung zu übernehmen sein, sowohl für Behandlung von Unfallkranken, als auch für die sonstigen ärztlichen Leistungen zur Unfallversicherung. = 17 Mill. Mk. Die Invalidenversicherung dürfte an Attest- und Beobachtungskosten bei 1 Mill. alter und neuer Invalidenrentner vielleicht 3 Mill. Mk. Arztkosten zu übernehmen haben. Dann bleiben zu Lasten der Krankenversicherung 136 — 17 — 3 = 116 Mill. Mk.

Ich wiederhole die Schätzungen aber in folgender Zusammenstellung:

A. Unfallversicherung.

1. für 17,19 Mill. Personen		142,5	Mill. Mk. Kosten.
2. für 2,6 Mill. Dienstboten und Heimarbeiter		7,54	„ „ „
3. für Erstattung an Krankenversicherung: Krankengeld	21,4		
Arznei und sonstige Heilmittel	5,8		
Krankenanstaltsbehandlung	6,4	33,6	„ „ „
4. Arzt		17,0	„ „ „
5. Kosten bestimmter Krankheiten		2,0	„ „ „
zusammen		202,64	Mill. Mk. Kosten.

Der Lohnfonds der 19,8 Mill. Unfallversicherten wird in der Hauptsache dem der krankenversicherten 20 Mill. Personen gleich zu erachten sein. In letzterer schätzten wir ihn auf 14 Milliarden Mk. Die Unfallversicherung kostet den Arbeitgebern demnach durchschnittlich 1,45 Proz.

B. Erweiterte Krankenversicherung.

1. Krankengeld		150,1	Mill. Mk. Kosten.
2. Arznei und sonstige Heilmittel		87,4	„ „ „
3. Sterbegeld (kommt nach Invalidenversicherung)		—	„ „ „
4. Krankenanstaltsbehandlung		44,6	„ „ „
5. Heilpersonal		30,0	„ „ „
6. Mutterschaftsversicherung. Unterstützung d. Schwangeren und Wöchnerinnen	95,8		
Hebammendienste	14,3		
Stillprämien	25,0	135,1	„ „ „
7. Rekonvaleszenz, Halbinvalidität		12,2	„ „ „
8. Vorbeugende Heilbehandlung		20,0	„ „ „
9. Verwaltung		30,0	„ „ „
10. Arzt		116,0	„ „ „
Auf 14 Milliarden Lohnfonds demnach		625,4	Mill. Mk. Kosten.

Die Kosten der Krankenversicherung betragen 4,47 Proz. des Lohnes. Nun müssen die Kosten der Krankenversicherung aber eine steigende Tendenz haben, weil das Krankengeld mit jedem Beitragsjahre um $^1/_2$ Proz. steigen soll. Dieser Steigerung sind von den obigen Posten unterworfen: Krankengeld 150,1, Schwangeren- und Wöchnerinnenunterstützung 95,8, Rekonvaleszenz, Halbinvalidität 12,2, alles zusammen 258,1 Mill. Mk. Nach 20 Beitragsjahren steigert sich der Prozentsatz von 50 auf 60 Proz. des Lohnes, also um $^1/_5$. Nur ein Teil der Versicherten werden aber nach 20 Jahren Versicherte mit 20 Beitragsjahren sein. Trotzdem die Steigerung mit 50 Mill. Mk. angesetzt, ergibt für 14 Milliarden Lohnfonds, daß dann 0,36 Proz. mehr Beitrag für die Krankenversicherung zu zahlen sein

werden, also dann 4,47 + 0,36 = 4,83 Proz. 4,83 Proz. für die erweiterte Krankenversicherung nach 20 Jahren ist aber nicht zu hoch, wo schon im gegenwärtigen Krankenversicherungsgesetz die zulässige Beitragsgrenze auf 6 Proz. festgesetzt ist.

C. Alters- und Invalidenversicherung.

Es wurde oben nachgewiesen, daß 4,05 + 0,02 Proz. genügen, um ihre Verpflichtungen zu erfüllen.

D. Witwen- und Waisenversicherung.

Sie wird einst nach vielen Jahren im Beharrungszustand an Umlagebeiträgen ca. 1,4 Proz. oder bei dem Lohnfonds von 14 Milliarden Mk. gegen 196 Mill. Mk. kosten. Hier werden zunächst nur die Kosten des ersten Jahrgangs Verwitwungen eingestellt, die sich schnell verdoppeln, verdreifachen, mit den Jahren bis zum Beharrungszustand vervielfachen.

1. Witwenrenten	6,3 Mill. Mk.
2. Waisenrenten	6,3 „ „
zusammen	12,6 Mill. Mk.

d. h. zunächst weniger als 0,1 Proz. des Lohnfonds.

Hiernach kostet durchschnittlich den Arbeitgebern: Die Unfallversicherung 1,45 Proz. Arbeitgeber und Arbeitnehmer tragen zusammen halb und halb in einem Einheitsbeitrag die übrige soziale Versicherung:

Kranken- und Mutterschaftsversicherung	4,47 Proz.
Alters- und Invalidenversicherung	4,07 „
Witwen- und Waisenversicherung	0,1 „
zusammen	8,64 Proz.

Für die Beitragsversicherung wird es genügen, $^{1}/_{10}$ des Einheitsbeitrages, $^{1}/_{10} \times 8{,}64 = 0{,}86$ Proz. einzuheben. Von der Voraussetzung, daß etwa $^{1}/_{10}$ des Jahres auf beschäftigungslose Zeit zu rechnen sein möchte, ging auch schon einst der Gesetzgeber aus, indem er das Versicherungsjahr statt zu 52 nur zu 47 Wochen rechnete. Der Einheitsbeitrag stellt sich demnach auf 8,64 + 0,86 = 9,5 Proz. des Lohnes. Der Einheitsbeitrag wird 3 Monate lang mit 8 Pfg. pro Mk. Lohn, die anderen 9 Monate lang mit 10 Pfg. pro Mk. Lohn ausgeschrieben. Er wird halb und halb, erst 3 Monate lang mit 4 Pfg., dann 9 Monate lang mit 5 Pfg. pro Mk. Lohn von Arbeitnehmern und Arbeitgebern getragen. So zunächst. Wenn nach vielen Jahren der Beharrungszustand erreicht sein wird, werden die Beitragsprozente betragen:

Kranken- und Mutterschaftsversicherung	4,83 Proz.
Alters- und Invalidenversicherung	4,07 „
Witwen- und Waisenversicherung	1,40 „
Beitragsversicherung	1,05 „
Einheitsbeitrag dann zusammen	11,35 Proz.

Der Einheitsbeitrag, von Arbeitnehmern und Arbeitgebern zusammen, und der der Arbeitgeber allein für Unfallversicherung zusammen macht:

1. zunächst 9,5 + 1,45 = rund 11 Proz,
2. später im Beharrungszustand 11,35 + 1,45 = rund 13 Proz. aus.

Bei 14 Milliarden Lohnfonds demnach erst 1,540, später im Beharrungszustand 1,820 Milliarden Mk. Zu diesen Beiträgen treten die Zinsen des bisher gebildeten Vermögens. Nach dem „Atlas der Arbeiterversicherung" (S. 16) betrug es 1901 für die Arbeiterversicherung insgesamt 1,3 Milliarden Mk. Bis zum Jahre 1910, dem Jahre des Inlebentretens der Witwen- und Waisenversicherung, dürfte es sich auf über 2,2 Milliarden Mk. vermehrt haben und zu 3 Proz.

mindestens 66 Mill. Mk. Zinseneinnahme schaffen. Der Reichszuschuß ist in den obigen Rechnungen nur zum Teil erwähnt worden. Er betrug im Jahre 1903 bei der Alters- und Invalidenversicherung 41,9 Mill. Mk. Er steigt von Jahr zu Jahr. Auch die Vermehrung von ca. 13,1 Mill. Invaliden-Versicherter auf 20 Mill. wird ihn steigern. Er wird dann bald 70 Mill. Mk. und darüber zu betragen haben. In den vorstehenden Schätzungen ist als erforderlicher Reichszuschuß sowohl zur Witwen- als zur Waisenversicherung zunächst je 6,15 Mill. Mk., zusammen 12,3 Mill. Mk. angesetzt. Dieser Reichszuschuß stiege aber nach und nach für die Witwenversicherung auf 93,75 Mill. Mk. und für die Waisenversicherung rasch auf über 50 Mill. Mk. Reichszuschuß jährlich dann $94 + 50 + 70 = 214$ Mill. Mk. und darüber? Sicherer wird es sein, den Versicherungseinheitsbeitrag aus dem Lohnfonds um ca. $^1/_2$ Proz., zuerst auf 10, dann auf rund 12 Proz. zu steigern, d. i. um 70 Mill. Mk. und nur auf 144 Mill. Mk. (und darüber) vom Reich zu rechnen. Vorstehende Darlegungen zeigen, welche enormen Summen für eine einigermaßen auskömmliche Gestaltung des sozialen Versicherungswesens nötig sind. An dem einen Posten mag man etwas abhandeln, an dem anderen etwas zusetzen; ungefähr wird es immer auf das hier Berechnete herauskommen. Solche Summen können nur aus dem Lohnfonds selber aufgebracht werden. Die von anderen vorgeschlagene Drittelung der Kosten zwischen Reich, Arbeitnehmer und Arbeitgeber ist ganz unmöglich. Sie würde das soziale Versicherungswesen in seiner Entwicklung verkrüppeln.

Die soziale Versicherung erweist keine Wohltaten, sondern sorgt für Wohlfahrt. Sie schenkt nicht, sondern erwidert Leistung mit Gegenleistung; sie ist nicht Armenunterstützung, sondern gesetzlich geregelte, zwangsmäßig organisierte Selbsthilfe. Sie schöpft nicht aus Steuern und Zöllen des Staates, sondern in der Hauptsache aus dem eigenen Lohneinkommen der Arbeiter. Die Taschen des Staates wären schnell erschöpft, der Lohnfonds ist den von der sozialen Versicherung stellbaren Anforderungen gegenüber tatsächlich unerschöpflich. Dem Staat verursachen 50 Mill. jährlich mehr viel Sorge. Kopfzerbrechen, Parteistreit; die Arbeiterversicherung hat wiederholte Steigerungen ihrer Ausgaben und ihrer Einnahmen um 50 und mehr Mill. leicht aufgebracht; man hat sozusagen keine Sorge darum gespürt; man bedurfte ihrer und sie waren da, ohne viel Worte. Diese Erfahrungen berechtigen zu einer Ausdehnung der Arbeiterversicherung extensiv auf größere Volkskreise, intensiv durch erhöhte und erweiterte Leistungen. Der Schritt, der jetzt durch die Einführung der Angehörigen-, Mutterschafts- und der Witwen- und Waisenversicherung getan werden soll, ist nicht größer, als der Schritt, der 1883 und 1889 getan wurde. Damals war es Fürsorge um die Arbeitenden, hauptsächlich um den Mann; jetzt handelt es sich um Fürsorge für das Kind und das Weib des Arbeiters, das Kind — die Zukunft — und das Weib, die Gebärerin der Zukunft. Besserung der hygienischen Verhältnisse der Arbeiterfamilien, dadurch kulturelle Hebung des Arbeiterstandes, Stärkung der Wehrhaftigkeit des Deutschen Reiches durch eine körperlich gesündere Arbeiterjugend, das sind die Ziele, denen die Weiterentwicklung der sozialen Versicherung dienen soll.

Zeitschriftenübersicht.

Zeitschrift für Medizinalbeamte. 1906. Nr. 9: F. Steinhaus, Betrachtungen über die sog. vermeidbaren Impfschäden und die Handhabung des Impfgeschäftes im Stadtbezirk Dortmund. — Nr. 11: Heidenhain, Typhus-Epidemie in Insterburg 1905. Nr. 13; Wegner, Wie weit sind wir jetzt in der Kriegsbereitschaft gegen die Säuglingssterblichkeit? — Nr. 14: Picht, Über Bleivergiftungen durch bleierne Brunnenwasserleitungsröhren. — Nr. 16: Schlieben, Zur Aetiologie des Puerperalfiebers. — Nr. 17: J. Bornträger, Welche sanitätspolizeiliche Stellung nehmen die „Bakterienträger“, insbesondere bei epidemischer Genickstarre, im Rahmen unserer Seuchengesetze ein? — Nr. 19: Georgii, Zum Thema der vermeidbaren Impfschäden.

Ärztliche Sachverständigen-Zeitung. 1906. Nr. 13: M. Kirchner, Die Tuberkulose und die Schule. — Nr. 14: Schwarz, Die Bedeutung der Koch- und Haushaltungsschulen für Familiengesundheit und häusliche Krankenpflege. — Nr. 15: Granier, Gesundheitsgefährliche Geräusche. — Nr. 16: L. Feilchenfeld, Über Rentenhysterie; Hellwig, Der kriminelle Aberglaube in seiner Bedeutung für die gerichtliche Medizin. — Nr. 16 u. 17: Hellwig, Fortsetzung. — Nr. 18: L. Becker, Die prozentuale Bestimmung der Erwerbsunfähigkeit Unfallverletzter; Gollmer, Die ärztliche Tätigkeit für die Lebensversicherung im Spiegel einer Todesursachenstatistik; Köhler, Über Unfallbegutachtung des chronischen Emphysems. — Nr. 19: L. Feilchenfeld, Die Beeinflussung innerer Krankheiten durch Unfälle im allgemeinen; Hellwig, Fortsetzung aus Nr. 17.

Prager Medizinische Wochenschrift. 1906. Nr. 21: A. Hanisch, Aus dem Sanitätsberichte der Stadt Reichenberg im Jahre 1905.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. 1906. Nr. 4: A. Kohn, Dürfen Krankenkassen hygienische Kongresse beschicken? Vorstand der Hamburger Krankenkasse für Bureauangestellte contra Behörde für das Versicherungswesen. — Nr. 5: C. Graeser, Bemerkungen über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in der Handelsmarine; Kroner, Ein Blick in die Geschichte der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. — Nr. 6: F. Zinsser, Die Prostitutionsverhältnisse der Stadt Köln; Clausmann, Prostitution, Polizei und Justiz. — Nr. 7: M. Möller, Über die Verschwiegenheitspflicht des Arztes, über Meldepflicht bez. Melderecht, und über die Ermittelung der Ansteckungsquelle bei ansteckenden Geschlechtskrankheiten; E. v. d. Steinen, Die Abiturientenvorträge über das Geschlechtsleben; Die Neißerschen Syphilisforschungen auf Java. — Nr. 8: M. Möller, Über die Verschwiegenheitspflicht des Arztes u. s. f. (Schluß).

Tuberculosis. 1906. Nr. 5: J. Mitulescu, La tuberculose en Roumanie; Dietrich, Tuberkulose und Säuglingssterblichkeit. — Nr. 6: A. Kayserling, Die Organisation der Auskunft- und Fürsorgestellen für Tuberkulöse nach den Grundsätzen der Seuchenbekämpfung. — Nr. 7: M. Holmboe, Weitere Erfahrungen über die Durchführung der Anzeigepflicht in Norwegen; C. Savoire, Oeuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose; R. de Josselin de Yong, Jahresbericht des Vereins zur Gründung und zum Betrieb von Volksheilstätten für Lungenkranke in den Niederlanden. — Nr. 8: Berichte der Referenten der V. internationalen Tuberkulose-Konferenz, Haag 6.—8. September 1906. Nr. 9. V. internationale Tuberkulose-Konferenz; F. Prinzing. Die Beziehungen

zwischen Tuberkulose und Säuglingssterblichkeit unter statistischen Gesichtspunkten.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. 1906. Nr. 9: Siegert, Die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit mit geringen Mitteln; S. Alexander, Die öffentliche Fürsorge für erste Hilfe. — Nr. 10: Gaffky, Die Verhütung der Infektionskrankheiten auf Grundlage der neueren Erfahrungen; S. Alexander, Die öffentliche Fürsorge für erste Hilfe. — Nr. 11: O. Aschenborn, Die Rechtsgrundlagen der ärztlichen Tätigkeit in wirtschaftlicher Hinsicht. — Nr. 13: O. Aschenborn, (Fortsetzung aus Nr. 11). — Nr. 14: S. Alexander, Der 34. Deutsche Ärztetag. — Nr. 15: O. Aschenborn, (Schluß). — Nr. 19: Prölß, Die Stromüberwachung bei Seuchengefahr.

Außerdem sind folgende Druckschriften eingegangen:

F. Prinzing, Handbuch der medizinischen Statistik. Jena. Gustav Fischer. (15,00 M.). 559 S. — Broeker, Die Gewinnbeteiligung der Versicherten bei den im Deutschen Reiche arbeitenden Lebensversicherungs-Gesellschaften. Veröffentlichungen des Deutschen Vereins für Versicherungs-Wissenschaft. Heft X. — L. Lewin, Über eine akute Nitrobenzolvergiftung. — Über eine schwere in kurzer Zeit tödlich verlaufene Bleivergiftung und die Frage, ob sie als ein Anfall oder als eine Gewerbekrankheit anzusehen ist. Separatabdr. aus Nr. 5 der Amtl. Nachr. des Reichs-Versicherungsamts vom 15. Mai 1906. — Rotter, Behandlung Verunglückter bis zur Ankunft des Arztes. München, J. F. Lehmann's Verlag. (0,40 M.). — Schaefer, Der moralische Schwachsinn. Halle 1906. C. Marhold. (3,00 M.). — P. Schenk, Erwiesene und unerwiesene Behauptungen in der Lehre vom Alkohol. Separatabdr. aus D. Medizinal-Ztg. 1906. Nr. 44. — O. Thiessen, Soziale Tätigkeit der Gemeinden. 3. Aufl. M.-Gladbach. Verlag der Zentralstelle des Volksvereins f. d. kathol. Deutschland. (1,50 M.). — Trumpp, Die ansteckenden Kinderkrankheiten in Wort und Bild. München, J. F. Lehmann's Verlag. (3,00). — Offizieller Bericht über die III. Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamten-Vereins. Beilage zur Zeitschr. f. Medizinalbeamte. — Berichte, Denkschriften und Verhandlungen des V. internationalen Kongresses für Versicherungs-Wissenschaft zu Berlin vom 10.—15. September 1906. 2. Bände. Berlin 1906. E. S. Mittler u. Sohn. — Second Annual Report of the Henry Phipps Institute. February 1904 to February 1905. Philadelphia 1906. — Stenographisches Protokoll der Verhandlungen der Hauptversammlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftl. Interessen am 21. Juni 1906 in Halle a. S. — Kurze Übersicht des Zentral-Komitee in den Jahren 1896 bis 1905 und Geschäftsbericht für die Generalversammlung des Zentral-Komites am 31. Mai 1906 im Reichstagsgebäude zu Berlin. Von Oberstabsarzt Dr. Nietner. Berlin 1906. — Soweit die eingesandten Publikationen aus Platzmangel in der „Zeitschrift für Soziale Medizin" nicht besprochen werden können, werden sie im „Jahresbericht über Soziale Hygiene, hrsg. von A. Grotjahn u. F. Kriegel", der alljährlich im Juli erscheint, eine Besprechung finden. Daselbst vgl. auch Chronik, Kongresse, Gesetzestafel und vollständige Bibliographie der Sozialen Hygiene und der Sozialen Medizin.

Namenverzeichnis.

ZEITSCHRIFT
FÜR
SOZIALE MEDIZIN

MEDIZINALSTATISTIK, ARBEITERVERSICHERUNG, SOZIALE HYGIENE UND DIE GRENZFRAGEN DER MEDIZIN UND VOLKSWIRTSCHAFT.

HERAUSGEGEBEN VON

A. GROTJAHN
Dr. med.
UND
F. KRIEGEL
Dr. phil.

ZWEITER BAND.



LEIPZIG.
VERLAG VON F. C. W. VOGEL.
1907.

Inhaltsverzeichnis des zweiten Bandes.

Erstes Heft.

Zweites Heft.

Drittes Heft.

Viertes Heft.

Umschau.

Berlin, den 1. Dezember 1906.

Die Soziale Medizin und die Soziale Hygiene sind lebhaft daran interessiert, daß das ärztliche Element nicht nur durch die gewiß recht wichtige, aber doch nur sekundäre Gutachtertätigkeit die staatlichen und städtischen Behörden beeinflußt, sondern diese Behörden auch mit eigenen Standesgenossen durchsetzt und so unmittelbar an Legislative und Verwaltung sich beteiligt. Die letzten Monate brachten beachtungswerte Fortschritte nach dieser Richtung hin. In Köln ist P. Krautwig zum städtischen Beigeordneten und in Charlottenburg A. Gottstein zum Stadtrat erwählt worden. Auch die Ernennung von P. Pollitz, den bisherigen Arzt der Irrenanstalt der Strafabteilung in Münster, zum Direktor der königlichen Strafanstalt zu Düsseldorf muß in diesem Zusammenhange freudig begrüßt werden. Hoffentlich werden nun die Ärzte auch mehr als bisher in die deutschen Volksvertretungen gelangen. In dieser Beziehung ist uns Frankreich erheblich voraus. Sitzen doch im französischen Parlamente mehr als 60 Ärzte und war doch der jetzige Ministerpräsident Clemenceau Arzt, ehe er seine erfolgreiche Laufbahn als Journalist und Parlamentarier begann. Diese medizinische Provenienz bekundete jetzt Clemenceau dadurch, daß er bei der Bildung seines Kabinetts ein Ministerium für Arbeit und Hygiene unter Leitung von Viviani ins Leben rief, dem er bezeichnenderweise die Vorbereitung für die geplante Arbeiterversicherungs-Gesetzgebung übertrug.

Den Betrachtungen in der Umschau des vorigen Heftes über die Ausbeute, die die Soziale Medizin und die Soziale Hygiene aus den zahlreichen Kongressen dieses Jahres davongetragen haben, mögen noch einige Bemerkungen zugefügt werden. Die internationale diplomatische Arbeiterschutzkonferenz, die vom 17.—26. Sept. in Bern tagte, hat das wichtige Ergebnis gezeitigt,

daß sieben Staaten, nämlich Deutschland, Frankreich, Italien, Dänemark, Luxemburg, Holland und die Schweiz die Konvention betreffend das Verbot des weißen (gelben) Phosphors in der Zündholzindustrie unterzeichnet haben und daß außer diesen sieben Staaten auch England, Österreich-Ungarn, Belgien, Portugal, Spanien und Schweden auch der Konvention betreffend das Verbot der industriellen Nachtarbeit der Frauen beigetreten sind. Die internationale Vereinigung für internationalen Arbeiterschutz, die vom 27.—29. September ihre 4. Generalversammlung in Genf abhielt, beschäftigte sich unter anderem mit den gewerblichen Giften; das ärztliche Element war auf dieser Tagung numerisch leider sehr schwach, glücklicherweise aber sehr sachverständig durch Sommerfeld (Berlin) und Teleky (Wien) vertreten. Vom 21.—25. September fand die 5. Jahresversammlung des Vereins für Volkshygiene in Metz statt. Diese Veranstaltung, die in früheren Jahren eine bedenkliche Neigung zur Bagatellhygiene verriet, erhob sich dieses Mal in dem Vortrage von Mathes (Metz) über die „Wohnungsnot“ zu einer beachtenswerten sozialpolitischen Höhe. Dagegen zeigte die 31. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege, die am 12. September in Augsburg ihre Sitzungen begann, noch stärker die greisenhaften Züge, die diese ehemals so bedeutsame Veranstaltung in den letzten Jahren leider angenommen hat. Vom 1.—4. Oktober tagte in Berlin ein Kongreß für Kinderforschung, an dem Ärzte und Lehrer sich zu gemeinsamer Arbeit zusammenfanden. Unter den zahlreichen Vorträgen verdienen wohl die Mitteilungen des Berliner Schularztes Bernhard über den unzureichenden Schlaf der Berliner Gemeindeschüler die größte Beachtung.

Die Medizinalstatistik, die jahrzehntelang unter den medizinischen Disziplinen eine Aschenbrödelstellung eingenommen hat, dokumentiert ihre von Jahr zu Jahr steigende Bedeutung augenblicklich durch das Erscheinen eines Handbuches der medizinischen Statistik [1]) von F. Prinzing, das noch an anderer Stelle dieser Zeitschrift eine eingehende Besprechung finden wird. Die Soziale Medizin und die Soziale Hygiene haben natürlich das größte Interesse daran, daß der Sinn für Zahlen- und Massenbeobachtung unter den Ärzten geweckt wird und begrüßen deshalb das Erscheinen dieses Buches mit besonderer Freude. A. Grotjahn.

[1]) Jena. G. Fischer. 553 S.

Die Soziale Hygiene, ihre Methoden, Aufgaben und Ziele.

Von Dr. med. ADOLF GOTTSTEIN, Charlottenburg.

Einleitung.

Die „Soziale Hygiene" ist, wie die geschichtliche Betrachtung lehrt,[1]) die geradlinige Fortsetzung jener ersten Periode der Gesundheitswissenschaft, deren Anfänge bis zum Beginn des neunzehnten Jahrhunderts zurückreichen und die etwa bis zu dessen Mitte gerechnet werden kann. Die Kontinuität der Entwicklung wurde dann für mehrere Jahrzehnte dadurch unterbrochen, daß die zwei noch heute maßgebenden Richtungen der Hygiene, die physiologische und die mikroparasitäre Schule, entstanden. Ebenso die Wichtigkeit der Probleme wie die Schöpferkraft der Persönlichkeiten, welche der Forschung die neuen Bahnen wiesen, bewirkten die Abweichung von dem ursprünglich eingeschlagenen Wege. Gegenwärtig verlangen wieder eine Reihe von Umständen eine eingehendere Beschäftigung mit den Grenzgebieten zwischen Gesundheitslehre und Nationalökonomie, vor allem aber ein genaueres Studium des Einflusses, welchen gesellschaftliche Vorgänge auf die Gesundheit der gesamten Bevölkerung und ihrer einzelnen Gruppen ausüben. Die Bewegung für die Erweiterung unserer Aufgaben in dieser Richtung befindet sich erst in ihrem Beginn; ihre Anhänger finden sich unter dem Schlagwort der „Sozialen Hygiene" und der „Sozialen Medizin" zusammen. Die Energie dieser Bewegung ist aber eine so große, daß sie schon frühzeitig beachtenswerten Widerständen begegnet.

[1]) A. Gottstein, Geschichte der Hygiene des XIX. Jahrhunderts. Berlin 1901, F. Schneider.



So benutzte der Berliner Hygieniker Max Rubner in seiner „Rede, gehalten zur Eröffnung des neuen hygienischen Instituts zu Berlin“,[1]) den sich ihm bietenden Anlaß, um in ausführlichen Worten seine Stellung als Forscher, Lehrer und Anstaltsleiter zur „Sozialen Hygiene“ zu begründen. Er lehnt die „moderne Propaganda“ für die Soziale Hygiene und deren Ziel, die Schaffung einer neuen Disziplin, trotz voller Würdigung des sozialen Momentes in der Gesundheitslehre ab; denn die heute geltende Zweiteilung der offiziellen hygienischen Wissenschaft in öffentliche und private Gesundheitspflege sei erschöpfend genug, um berechtigte neue Forderungen mit zu umfassen; durch die verschiedenen Neugestaltungen der menschlichen Gesellschaft werde allerdings die Aufstellung neuer Probleme beeinflußt; aber deren Lösung fiele durchaus in das Bereich der Methodik, welcher die experimentelle Hygiene sich schon längst bediene; die Soziale Hygiene sei daher „nichts von der hygienischen Wissenschaft Abtrennbares“.

Neben dieser positiven Aussage bringt dann Rubner noch drei kritische Einwände gegen die moderne Propaganda für eine selbständige Soziale Hygiene. Erstens führt er Klage über den Mißbrauch des Schlagwortes „sozial“; was heute als Inhalt einer neuen sozialen Disziplin vorgebracht werde, sei weiter nichts als ein Versuch, das längst vorhandene Material unter diesem Titel anders zu gruppieren; er vermißt zweitens eine klare Definition der neuen Aufgaben; alle Verwaschenheit und Unklarheit aber pflege mit einem Mißerfolg zu enden. Drittens bestreitet Rubner das Recht, überhaupt von einer neuen noch nie dagewesenen Disziplin zu reden, denn schon das erste Handbuch der Hygiene von Pettenkofer und Ziemssen aus dem Jahre 1882 habe den Stoff in individuelle, soziale Hygiene und Infektionskrankheiten eingeteilt. Die an sich erwünschte Anlehnung der Hygiene an die Nationalökonomie sei ebenfalls keine neue Forderung; denn schon Pettenkofer habe, wie vor ihm z. B. Lorenz von Stein, die Verwandtschaft stets betont; humanitäre Gesinnung sei überdies von jeher eine Triebfeder der Hygiene gewesen; eine vorsichtige Respektierung der Wissensgrenzen von Hygiene und Nationalökonomie sei schließlich ebenso wie die Vermeidung von Exkursionen in das andere befreundete Gebiet notwendig.

Rubner's Richtspruch gegen die Vorkämpfer einer neuen Disziplin lautet also: Keine neuen Probleme, keine selbständigen

[1]) Berliner klinische Wochenschrift 1905, Nr. 19 u. 20.

Methoden, kein Grund, wegen Überlastung oder mangelnden Interesses der vorhandenen Lehrinstitute neue Arbeitsstätten zu suchen.

Gegen diese Ausführungen läßt sich eine Reihe von Gegengründen geltend machen. Zunächst ein persönlicher. Das Forschungsgebiet eines Mannes wie Rubner ist ein ganz ungewöhnlich großes; die Aufzählung seiner Leistungen und die Hervorhebung aller seiner Verdienste, so aufrichtig sie auch gemeint ist, im Rahmen einer rein sachlichen Diskussion, würde zu leicht mißdeutet werden können, um nicht besser zu unterbleiben. Rubner hat es vermocht, seinen experimentellen Entdeckungen zahlreiche gleichwertige Arbeiten aus dem Gebiete der Sozialen Hygiene anzureihen, wie seine Mitteilungen über „Luftfeuchtigkeit in Wohnräumen" seine „Betrachtungen über Krankenhaushygiene", vor allem aber seine Rede über „Prophylaxe der Wohn- und Arbeitsräume und des Verkehrs" auf dem Internationalen Tuberkulosekongreß 1899 beweisen. Er hat ferner in der Einleitung zu seinem „Lehrbuch der Hygiene" höchst wichtige und gedankenreiche methodologische Fragen zum Begriff der Gesundheit angeregt und deren Behandlung angedeutet, Fragen, deren Bearbeitung durchaus in das Gebiet der Sozialen Hygiene fällt. Rubner ist schließlich im Begriff, für seine Person die Zusage zu lösen, die er in der vorliegenden Rede gab, nämlich eine Reihe hygienischer Fragen mit sozialer Sonderfärbung der experimentellen Behandlung zugänglich zu machen. Aber Rubner's Vielseitigkeit, die ihn befähigt, der biologischen und Sozialen Hygiene gleichmäßig gerecht zu werden, ist nur wenigen Forschern gegeben. Wer wie der Verfasser dieses Aufsatzes ein Anhänger von Ferdinand Hueppe ist, der darf mit besonderer Befriedigung hervorheben, daß dessen Auffassung in zahlreichen Einzelarbeiten und in seinem Lehrbuch der Hygiene stets seinem Satze entspricht: „Die Hygiene wird Soziale Hygiene sein oder sie wird nicht sein." Außer Rubner und Hueppe jedoch haben von deutschen lebenden Universitätslehrern der Hygiene nur gelegentlich Max Gruber in München, Prausnitz in Graz, Lehmann in Würzburg, M. Neißer in Frankfurt a. M. und W. Kruse in Bonn sozialhygienische Probleme behandelt; in den Arbeitsstätten der anderen lebenden deutschen Lehrer der Gesundheitslehre aber hat die Soziale Hygiene weder ein Arbeitsfeld noch nennenswertes Interesse gefunden. Mit dieser persönlichen Erörterung erledigt sich zugleich der Einwand Rubner's, daß die Soziale Hygiene Spielraum zur Betätigung an den schon heute bestehenden Forschungsstätten fände.

Von den drei sachlichen Einwänden Rubner's soll der erste, daß die sozialhygienischen Bestrebungen nichts Neues seien, später behandelt und dort soll zugleich untersucht werden, inwieweit wirklich gerade der Humanitätstrieb und nicht vielmehr ganz andere Gesichtspunkte den Urquell für die wissenschaftliche Behandlung dieses Sonderzweiges bedeuten. Der zweite Grund von Rubner, der in seinem Aufsatze dem Sinne nach enthalten ist, daß nämlich die Soziale Hygiene wegen Mangels eigener Methoden und wegen Zureichens der Methoden ihrer Mutterdisziplin keinen Anspruch auf Selbständigkeit habe, erinnert doch zu sehr an die gleichen Einwände, die vor mehr als 20 Jahren gemacht wurden, als diese Mutterwissenschaft selbst sich ihr erstes eigenes Heim in Preußen gründen wollte. Rubner erwähnt ja auch im Anfang seiner Rede jene denkwürdigen Verhandlungen im preußischen Abgeordnetenhause vom 1. Februar 1884, in denen Virchow sagte, daß die Hygiene wie die gerichtliche Medizin angewandte Wissenschaften seien, welche weder selbständige Methoden noch selbständige Objekte der Untersuchung besäßen. Virchow bestritt damals bekanntlich das Bedürfnis sowohl für besondere Vorlesungen über Hygiene wie für die Errichtung eigener Institute als Forschungsstätten.

Was schließlich den letzten Vorwurf der Verwaschenheit und Unklarheit bei der Umgrenzung der Aufgaben der neuen Disziplin betrifft, so könnte hier ein bloßer Dialektiker sogar einen Vorzug herausrechnen. Er könnte anführen, daß bei einer induktiven, in steter Entwicklung befindlichen Wissenschaft die Festnagelung auf eine Definition nur störend und darum überflüssig ist; daß Schlagworte für den Schüler nützlich sein mögen, aber den Forscher noch stets gehindert und den Gang der Entwicklung nur verzögert haben. Man könnte aus den gangbaren Lehrbüchern der Hygiene die einzelnen, nicht immer glücklichen Versuche einer Definition dieser Disziplin aufzählen und dadurch beweisen, daß auch die Hygiene trotz verwaschener und unklarer Definitionen zur Blüte gelangt ist. Man könnte schließlich an die Worte von Pettenkofer in der Einleitung zu seinem Handbuch erinnern, nach denen „die Gegenstände der Hygiene sich stetig ändern müssen, so daß manches, was eine Zeitlang für richtig gehalten wird, mit der Zeit hinfällig wird", und an die dem Sinne nach gleichen Worte von Rubner selbst in der Einleitung zu seinem Lehrbuch, daß die Hygiene keine Wissenschaft von stetem Arbeitsgebiete sei. Mit der Anerkennung dieser Tatsache fiele aber auch die Pflicht fort, ein neues Sondergebiet durch eine präzise Definition zu um-

grenzen. Die Tatsache, daß gegenwärtig neue Formen der Gesellschaft neue Probleme erstehen lassen, hat ja Rubner selbst hervorgehoben.

Indes der Kampf mit Gründen und Gegengründen, der am Ende darauf hinauskommt, ob das Wort „Soziale Hygiene" glücklich gewählt ist oder nicht, ist eben ein Wortstreit und darum belanglos. Ich selbst halte den Ausdruck nicht für erschöpfend, indes er ist einmal eingebürgert. Übrigens ist das deutsche von A. Ploetz gewählte Wort „Gesellschaftshygiene" kaum glücklicher geprägt. Die Hauptsache bleibt immer, ob das Wort einen Inhalt deckt. Eine Reihe von Ärzten, zu denen sich der Verfasser rechnet, behaupten, daß die Schaffung einer solchen Sonderdisziplin die notwendige Folge dringend gewordener Probleme sei, daß deren Behandlung keinen Raum im Bereich der Mutterwissenschaft mehr findet und daß aus diesem Grunde der Anspruch auf Selbständigkeit als Spezialwissenschaft entsteht. Es ist an uns, den Beweis für unsere Behauptung zu erbringen. Rubner hat deren Zutreffen bestritten; es mußte daher vor Antritt dieses Beweises auf seine Darstellung ausführlich Bezug genommen werden. Rubner's Rede war für mich zugleich auch der willkommene Anlaß, unsere Aufgaben und Methoden einmal öffentlich ausführlicher darzustellen.

Es gewährt mir eine besondere Befriedigung, hierbei vielfach Beweisgründe gerade aus den Arbeiten von Rubner schöpfen zu können, der durch seine Rede scheinbar ein Gegner unserer Ziele, durch seine Untersuchungen aber einer ihrer Förderer wurde.

I.

Die Grundlagen der Hygiene und der Sozialen Hygiene.

Die Entstehung einer Sonderwissenschaft und ihre Abspaltung von ihrer Mutterdisziplin geschieht vornehmlich aus drei Gründen. Entweder eröffnet ein genialer Forscher durch schöpferische Ideen und deren Durchführung der Wissenschaft ganz neue Bahnen; er allein erschließt ein Gebiet der Erkenntnis, das dann einer ganzen Schar von Schülern Arbeit für Lebenszeit gibt; oder eine bestimmte Entdeckung ermöglicht die Überschreitung bisher unzugänglicher Grenzen; die neuen Methoden, die sich so ausgiebig erweisen, erfordern zugleich die Einübung einer besonderen Fertigkeit, und so entwickelt sich die Spezialität, welche die Erlernung einer eigenen instrumentellen Technik zur Voraussetzung hat. Für diesen Ur-

sprung eines Sonderzweiges bieten gerade einige praktische Teile der Medizin gute Beispiele; es sei nur der Erfindung des Augenspiegels, der Beleuchtungsapparate für Körperhöhlen und der Entdeckung der Röntgenstrahlen gedacht. Schließlich kann eine Spezialwissenschaft sich von ihrer Mutterwissenschaft auch ohne eigene Probleme und Methoden lediglich deshalb abspalten, weil ihr Umfang ein so großer geworden, die Zahl und die Leistungen der sich mit besonderer Vorliebe ihr widmenden Forscher so angestiegen sind, und schließlich ihre praktische Bedeutung als Gegenstand des Forschens und Lehrens eine solche Höhe erreicht hat, daß sie allein hierdurch schon das Anrecht auf Selbständigkeit erwirkt. So wurden die Nervenheilkunde und die Kinderheilkunde Spezialwissenschaften. Natürlich können für die Abspaltung eines Sonderzweiges alle drei Ursachen gleichzeitig bestimmend werden und dies trifft für die Hygiene zu. Wichtige Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege wurden schon von den ältesten Kulturvölkern aufgestellt und oft erfolgreich gelöst. Hygienische Lehren wurden schon am Ende des 18. und in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts in Systeme gebracht und gerade Rubner hat vor kurzem die Verdienste einiger Vorgänger der heutigen Forschung wieder gewürdigt. Aber diese Vorgeschichte genügte noch nicht, um der hygienischen Forschung das Recht auf Selbständigkeit zu sichern. Erst die Persönlichkeit Pettenkofer's, der sich ein eigenes Arbeitsgebiet der individuellen Gesundheitslehre auf dem Boden naturwissenschaftlicher Technik schuf und es so groß erschloß, daß er eine eigene bedeutende Schule gründen konnte, erst die Erfindung der mikrobiologischen Technik, die sich vornehmlich an die Namen von Pasteur und Koch knüpft, verliehen den beiden, noch heute nebeneinandergehenden Richtungen der modernen Hygiene die Macht, sich trotz der bekannten Einsprüche die Selbständigkeit in Forschung und Lehre zu sichern und allmählich in weiterer Ausgestaltung eine herrschende Stellung im Gesamtgebiet der Medizin zu gewinnen. Aber wahrscheinlich hätte die moderne Hygiene trotz der hervorragenden Bedeutung der Schöpfer ihrer Hauptrichtungen, trotz der Fülle der Forschungsergebnisse, diese Vorherrschaft auf die Dauer nicht behaupten können, wenn nicht alle ihre Aufgaben und Ziele auf einer eigenen Grundidee sich aufgebaut hätten, die wesentlich verschieden ist von der Grundidee der Heilkunde in engerem Sinne. Wir sind uns allerdings heute darüber einig, daß die Hygiene ein Zweig der gesamten Heilkunde ist und bleiben muß. Diese Anschauung hat nicht durchweg be-

standen. Für Pettenkofer ist z. B. die Hygiene „die Kenntnis der gegebenen äußeren Umstände, unter welchen Gesunde leben, und jener Einrichtungen, welche das dauernde Wohlbefinden der Menschen bedingen und bezwecken“. In Verfolgung dieser Idee erklärte Pettenkofer die Hygiene nicht für ein ausschließliches Besitztum des Arztes, sondern ebenso sehr des Ingenieurs und Architekten und schließlich auch des Verwaltungsbeamten. Aber „die Störungen in der gesundheitlichen Harmonie der Funktionen des Organismus“, um die Pettenkofer'sche Definition der Krankheit aufzunehmen, bilden eben das Maß für die Einwirkung der Umwelt auf den menschlichen Organismus, deren Studium den Inhalt der Hygiene ausmacht. Und selbst wenn man mit Rubner als deren fundamentale Aufgabe nicht bloß die Erhaltung, sondern auch die Mehrung der Gesundheit hinstellt, so kann kein experimentierender Hygieniker bei seinen Versuchen auf die Funktionsstörung als Maß für die Grenzen des Anpassungsvermögens an äußere Bedingungen, also auf die Heranziehung von Physiologie und Pathologie verzichten. In den Versuchen einer Definition der Aufgaben der Hygiene greifen daher alle Forscher mehr oder weniger ausgesprochen auf die krankhaften Zustände zurück, und auch Rubner bringt das in der oben angeführten Rede noch schärfer als in seinem Lehrbuch zum Ausdruck, wenn er über die Grenzen der Gesundheit spricht. Die Hygiene bleibt also ein Teil der Heilkunde, weil die krankhaften Vorgänge das Maß für die Feststellung der Gesundheit bilden. Aber ihre Grundauffassung in der Stellung zum Objekt ist trotz ihrer Zugehörigkeit ganz und gar verschieden von der des Arztes. Wenn Rubner vom Humanitätstrieb als dem Urquell der Hygiene spricht, so gilt dies Wort lediglich für den Arzt; wäre dieser Grundgedanke aber der allein leitende geblieben, so wäre niemals eine hygienische Sonderwissenschaft entstanden. Im Gegenteil, die Triebfeder vieler Maßnahmen der öffentlichen Gesundheitspflege ist der berechtigte Egoismus der durch die Krankheit Anderer Gefährdeten. Die Errichtung der Leproserien im Mittelalter und die erste moderne hygienische Großtat der Neuzeit, die Kuhpockenimpfung, hatten mit Mitleid für die Erkrankten gar nichts zu tun; sie bezweckten den Schutz der Gesunden, die durch jene bedroht waren. Die Aufgaben der Städtereinigung, der Kanalisation und Wasserversorgung wurden gestellt und gelöst, weil die Cholera drohte, nicht aus Mitleid für die Leiden der Erkrankten, sondern um die außerordentlich schweren wirtschaftlichen und gesundheitlichen Gefahren, die den Bewohnern

eines großen Gemeinwesens durch das Zusammengepferchtsein mit gefährdeten Elementen erwuchsen, zu vermindern. Unsere ganze seither fortgebildete Seuchenprophylaxe hat keine anderen Grundideen. Auch die weitere Entwicklung unserer Gewerbehygiene, die an die Errichtung der sog. sozialen Versicherungsgesetze anknüpft, geht von der Grundidee aus, die Lasten, die der gesamten Gesellschaft durch die Schädigung einzelnen Gruppen erstehen, auf alle zu verteilen und so vermindern. Das gleiche gilt für die Bestrebungen auf dem Gebiete der Wohnungshygiene und der Bekämpfung der Tuberkulose- und Säuglingssterblichkeit. Ja, die Hygiene verzichtet in der Verfolgung ihrer berechtigten Forderungen gelegentlich einmal nicht darauf, im Einzelfalle geradezu inhuman und mitleidslos vorzugehen, wenn sie Zwangsmaßnahmen fordert, die den einzelnen hart treffen, wofern sie nur im Interesse der Gesamtheit unerläßlich erscheinen. Im übrigen findet sich sogar diese gewiß soziale Idee von dem staatlichen Zwang als dem kleineren Übel schon bei J. P. Frank. Die Aufgabe des Individualtherapeuten wiederum ist die Herabsetzung der Letalität der Erkrankten oder die Milderung ihrer Leiden bei geschwundener Aussicht auf Heilung; hier ist Mitleid am Platze selbst gegenüber Menschen, die sonst auf solches kein Anrecht haben; hier ist Verlängerung des Lebens die Aufgabe, selbst wenn dies Leben dem Betroffenen, seiner Umgebung und der Gesellschaft unnütz, lästig oder gar schädlich sein sollte. Umgekehrt hat der Hygieniker die Pflicht, die Frage wenigstens zu erörtern, ob die Ausdehnung der Schutzmaßregeln bis unter die Grenze der durchschnittlichen Widerstandskraft durch Verweichlichung nicht der mittleren Gesundheit sogar schädlich werden, ob übel angebrachtes Mitleid gegenüber einer großen Gruppe Minderwertiger nicht das Gegenteil des Erstrebten bewirken könnte. Das Betätigungsobjekt des Individualtherapeuten ist das abnorme Individuum, dasjenige des Hygienikers der gesunde Durchschnittsmensch, dessen Gesundheitswert sich aus der Massenbeobachtung ergibt. Der leitende Grundgedanke des hygienischen Tuns ist in der Tat in vielen Fällen ein sozialer, der Schutz der Gesellschaft gegen die wirtschaftlichen und gesundheitlichen Gefahren, die durch das Zusammenleben mit stärker gefährdeten Einzelgruppen für die Gesamtheit entstehen. Und darum hat Rubner unbestreitbar recht, daß, wenn man willkürlich diesen Grundgedanken in den Vordergrund stellt, man beliebig alle Zweige der Gesundheitslehre für die Soziale Hygiene beanspruchen kann, daß aber dieser Gedanke schon längst Eigentum aller führen-

den Hygieniker war. Man könnte die geschichtlichen Beispiele, die Rubner anführt, leicht vervielfältigen, vor allem aus Pettenkofer's Schriften die Auffassung, daß die Gesundheit ein wirtschaftliches Gut und daher die Gesundheitswissenschaft ein Teil der Nationalökonomie ist, in zahlreichen Variationen entnehmen. Wie Pettenkofer in seiner Rede im Jahre 1887, in der er den eben zitierten Ausspruch tat, den Geldwert einer Verminderung der Sterblichkeit zu berechnen versuchte, so hat vor ihm schon 1733 der Abbé de St. Pierre den ökonomischen Vorteil für den Staat bei Verlängerung des Lebens um zehn Jahre auszurechnen versucht, so haben noch vor Pettenkofer Laplace, Villermé und Quetelet auf den wirtschaftlichen Nutzen der Pockenimpfung hingewiesen. Die umgekehrte Fassung des wichtigen Zusammenhangs zwischen wirtschaftlichen Zuständen und krankhaften Vorgängen ist ebenfalls schon lange mit Verständnis gewürdigt worden, ehe es eine selbständige Hygiene gab. Die Entstehung und Steigerung von Volksseuchen durch wirtschaftliche Not hat namentlich dem jungen Virchow Stoff zu ausführlichen Erörterungen gegeben, die er in dem Satze zusammenfaßte: „Sehen wir nicht überall die Volkskrankheiten auf Mangelhaftigkeiten der Gesellschaft zurückdeuten?“ Nur der an glänzenden experimentellen Entdeckungen so reichen, aber der Synthese so abholden bakteriologischen Schule war es vorbehalten, diese Lehre von Virchow zu bestreiten. Am schärfsten hat dies Koch in seiner Rede über die Bekämpfung der Infektionskrankheiten 1888 getan, indem er gegenüber der Verschleppung der spezifischen Keime „die Summe der Faktoren, die man gewöhnlich mit dem Ausdruck soziales Elend zusammenfaßt,“ nur als höchstens begünstigend in den Hintergrund stellt und darauf hinweist, daß trotz Schmutz und Elend ein großer Teil der Menschen dauernd von Seuchen verschont werde. Der Widerspruch gegen diese „kontagionistische“ Lehre von Koch und seiner Schule hat freilich dazu geführt, die sozialen Momente, die bei der Entstehung und Verbreitung der Seuchen disponierend mitwirken, wieder mehr in den Vordergrund zu rücken; aber natürlich kann diese berechtigte Opposition gegen eine einseitige Überschätzung der Bakterienwirkung niemals ein ausreichender Grund sein für die Abspaltung einer eigenen Spezialwissenschaft. Denn ob man die Bedeutung des sozialen Faktors bei Entstehung und Verbreitung der Seuchen gering oder groß bewertet, so ist er doch für beide Richtungen Gegenstand der Erörterungen.

Die Triebfeder für die Entstehung der Hygiene, der sie ihre

Lebenskraft überhaupt verdankt, ist also allerdings ein sozialer Grundgedanke; ja sogar schon die Vorgänger der selbständigen Wissenschaft wurden von sozialem Empfinden geleitet, und wenn die Bestrebungen zur Errichtung einer eigenen sozialhygienischen Richtung nur dahin gingen, der Mutterdisziplin diese Grundidee bestreiten und für sich beanspruchen zu wollen, so wären deren Vertreter zu entschiedenstem Widerspruch berechtigt. Die Ziele der Sozialen Hygiene sind aber ganz andere. Wenn wir bemüht sind, unter diesem Namen bestimmte Forschungsrichtungen abzutrennen und gesondert zu behandeln, so ist hierbei weder ein Eingriff in das Arbeitsgebiet der Mutterwissenschaft noch ein Überschreiten der Grenzen, welche die Hygiene von der verwandten Nationalökonomie trennen, beabsichtigt.

Soll einmal unter dem Vorbehalt der Unzulänglichkeit jeder Definition hier der Versuch einer vorläufigen Begriffsbestimmung der Sozialen Hygiene gemacht werden, so würde diese Definition ungefähr in folgender Form gefaßt werden können: Die Aufgabe der Sozialen Hygiene ist die Untersuchung der Einwirkung der Umwelt auf eine bestimmte Einheit genau so wie dies die Aufgabe der Hygiene ist. Während aber die letztere ihren Forschungen als Einheit das durchschnittliche Einzelindividuum zugrunde legt, ist im Gegensatz hierzu die Einheit der Sozialen Hygiene eine gleichartige Gruppe von Einzelindividuen, deren Abgrenzung von anderen Gruppen weniger durch biologische, als durch bestimmte in ihrer gesellschaftlichen Lage begründete Einflüsse bedingt ist.[1]) Diese Abspaltung von besonderen Gruppen hat die mannigfachsten Ursachen; der Gegensatz von Wohnort, Beruf, Lebensweise, Herkunft führt zu so vielfachen wechselnden, aber doch den Lebenslauf der Angehörigen dieser Gruppe beeinflussenden Komplikationen, daß deren Erörterung überreiches Material zu Studien für eine eigene Schule gewährt. Notwendigerweise muß aber auch der Einfluß, den die Gruppenbildung nicht bloß auf die von ihr Umschlossenen, sondern auch auf deren Nachwuchs ausübt, untersucht werden und durch diesen Umstand wird der Anschluß an diejenige Richtung der sog. Rassenhygiene erreicht, welche A. Plötz in der Einleitung zu dem ersten Hefte seines Archivs für Rassen- und Gesellschaftsbiologie umgrenzt. Nach Plötz ist Rasse eine Erhaltungs- und Entwicklungseinheit des dauernden Lebens, ihr Element die Summe der zu einem Fortpflanzungszyklus

[1]) Vgl. Grotjahn, Zeitschr. f. Soz. Medizin, Bd. I, S. 2 „Zur Einführung“.

gehörenden Einzelwesen. Die Gesellschaftshygiene, die er als die Lehre von den Bedingungen der optimalen Erhaltung der gesellschaftlichen Bildungen definiert, ist demnach identisch mit unserer Sozialen Hygiene und die Bezeichnung von Plötz wäre vielleicht zur Verhütung von Mißverständnissen vorzuziehen, wenn nicht der andere Name schon Verbreitung gefunden hätte. Das Arbeitsgebiet der Sozialen Hygiene ist also das Studium der spezifischen Veränderungen, welche die Gesundheit bestimmter Gesellschaftsgruppen durch die Einwirkung der ihre Sonderstellung bedingenden Faktoren erfährt, und weiter das Studium der Rückwirkungen dieser spezifischen Veränderungen auf den Nachwuchs der beteiligten Gruppen und auf die Gesamtheit der Gesellschaft. Nun wird man wieder Rubner zustimmen müssen, daß eine Reihe der wichtigsten Fragen der Gesundheitslehre trotz der Spaltung der Gesellschaft in Gruppen eben für alle Einzelindividuen gleich bedeutungsvoll sind, so die Fragen nach den Mindestanforderungen an Ernährung, Wohnräume, Beheizung und Ähnliches. Aber diesen Einwand hat A. Grotjahn, schon ehe ihn Rubner aussprach, berücksichtigt; er hat die zwei möglichen Formen, hygienische Fragen zu behandeln, im Vorwort zum dritten Band des Jahresberichts über Soziale Hygiene und Demographie[1]) auseinandergesetzt. Grotjahn betrachtet als die Aufgaben der Sozialen Hygiene die Ergänzung der physikalischen Hygiene; während die letztere z. B. in der Sonderfrage der Wohnungshygiene die Soll-Wohnungsart experimentell normiert, stellt die Soziale Hygiene im Gegensatz hierzu durch Beschreibung der Wohnungen, wie sie in Wirklichkeit sind, in ihrer unendlichen Verschiedenheit nach Stadt und Land, Größe und Belegungsziffer, und in ihren Beziehungen zu den Gesundheitsverhältnissen der Bewohner die Ist-Wohnungsart zusammen. Die daraus zu ziehende Bilanz liefert dann einen Maßstab für die Notwendigkeit und Dringlichkeit der Maßnahmen, die getroffen werden müßten, um das Ist dem Soll tunlichst anzunähern.

Grotjahn schließt seine ausführlichen und bemerkenswerten Erörterungen mit der folgenden Begriffsbestimmung, deren Anführung an dieser Stelle die Heranziehung seines Aufsatzes zur Ergänzung meiner Ausführungen anregen soll:

1. Die Soziale Hygiene als deskriptive Wissenschaft ist die Lehre von den Bedingungen, denen die Verallgemeine-

[1]) Jena 1904, Fischer.

rung hygienischer Kultur unter der Gesamtheit von örtlich, zeitlich und gesellschaftlich zusammengehörigen Individuen und deren Nachkommen unterliegt.

2. Die Soziale Hygiene als normative Wissenschaft ist die Lehre von den Maßnahmen, die die Verallgemeinerung hygienischer Kultur unter der Gesamtheit von örtlich, zeitlich und gesellschaftlich zusammengehörigen Individuen und deren Nachkommen bezwecken.

Den praktischen Beweis für die Richtigkeit dieser Zweiteilung hat Grotjahn selbst geführt durch seine sozialhygienische Arbeit über „Wandelungen in der Volksernährung“,[1]) die ähnlichen Untersuchungen als Vorbild dienen kann. Nur als Beispiel für die Mannigfaltigkeit der Fragestellung und für die Sonderfärbung des Arbeitsgebietes der Sozialen Hygiene seien die Titel einiger zu ihr gehöriger Arbeiten lediglich aus dem Jahre 1905 angeführt: O. Spann, Untersuchungen über die uneheliche Bevölkerung in Frankfurt a. M.; Dohrn, Über den Einfluß großer Streiks auf die gesundheitlichen Verhältnisse und die Bevölkerungsbewegung; L. Lewin, Die Hilfe für Giftarbeiter; Vogl, Die wehrpflichtige Jugend Bayerns; M. Kirchner, Die Tuberkulose und die Schule; Laqueur, Der Haushalt des amerikanischen und des deutschen Arbeiters.[2]) Das wesentliche Moment in allen diesen Arbeiten ist die Feststellung der besonderen gesundheitlichen Erscheinungen, welche bei irgend einer Gruppe im Gegensatz zur Gesamtbevölkerung zur Beobachtung gelangen und die Erörterung des ursächlichen Zusammenhanges dieser Erscheinungen mit den gesellschaftlichen Gründen für die Entstehung dieser Gruppenbildung. Die Untersuchungsmethodik hält sich aber durchaus innerhalb der festen Grundlagen der Heilkunde und deren größten Zweiges, der Hygiene und, entsprechend dem bewährten, schon von Johannes Müller für die wissenschaftliche Medizin aufgestellten Grundsatze, daß das Wesentliche das Problem ist, für dessen Lösung dann jede naturwissenschaftliche Methodik recht sei, behauptet die Soziale Hygiene durchaus nicht den Besitz eigener Methoden, sondern hält sich für berechtigt, gegebenenfalls alle vorhandenen Untersuchungsmittel heranzuziehen; doch liegen ihr einige derselben, auf welche ausführlicher eingegangen werden muß, besonders nahe.

[1]) Staats- und sozialwissenschaftliche Forschungen von Schmoller, XX. 2, 1902.

[2]) U. a. m. cf. F. Kriegel's Bibliographie in den Jahresberichten über Soziale Hygiene und Demographie.

Die Fürsprecher einer eigenen Sonderdisziplin innerhalb der Gesamthygiene machen also von den drei Gründen, die zu einer Abspaltung berechtigen, nur den letzten für sich geltend, das allmählich durch die gesellschaftliche Entwicklung hervorgerufene außerordentlich große Anwachsen des Arbeitsgebiets, das aus praktischen Gründen eine Arbeitsteilung notwendig macht. Sie vertreten die Überzeugung, daß dieses von ihnen beanspruchte Arbeitsgebiet ein genügend umfangreiches ist und durch täglich erstehende gesellschaftliche Neubildungen eine so große Vermehrung erfährt, um Gegenstand der Lebensarbeit einer ganzen Schule werden zu können. Sie werden in ihrem Vorhaben gestützt durch den Widerhall der breiten Schicht der deutschen Ärzte, welche in den letzten Jahren ihre Fähigkeit bewiesen haben, aus sich selbst heraus Einrichtungen nicht bloß zur Verbesserung ihrer eigenen Lage, sondern auch gleichzeitig zur Verbesserung der Lage der gesundheitlich bedrohten Bevölkerungsklassen, die sich ihrem Rate anvertrauen, zu schaffen. Es wäre verlockend, in kurzer geschichtlicher Schilderung den ersten Anzeichen dieser ärztlichen Bewegung nachzugehen. Es dürfte dann nicht verschwiegen werden, daß wir um die Mitte des 19. Jahrhunderts viel weiter waren als heute, daß damals unter dem Einfluß der politischen Bewegung die Betonung der sozialen Seite der Medizin und der öffentlichen Gesundheitspflege viel schärfer hervortrat, als dies gegenwärtig der Fall ist. Was in der Theorie von Pettenkofer und jetzt von Rubner klar hervorgehoben wird, die soziale Grundlage aller hygienischen Maßnahmen, geriet in der Praxis, als die experimentelle Hygiene und die experimentelle Mikrobiologie ihren Siegeszug antraten, ganz erheblich in den Hintergrund. Das gediegene Gold, das heute den Ärzten die Stätten der wissenschaftlichen Forschung bieten, können diese ohne ihre Schuld nicht in kleine Münzen einwechseln. Die Vertreter der mikrobiologischen Schule, die Nochfolger Virchow's in der Deutung der Seuchenätiologie, dieselbe Schule, für die jüngst E. v. Behring den Ausdruck von der „überzeugungstreuen Spucknapfpropaganda“ geprägt hat,[1]) erklärten wiederholt, gegen soziales Elend seien wir ja doch machtlos; durch Vernichtung der Kontagien sei aber wenigstens etwas Wirksames zu erreichen und sie verlangten, daß die Ärzte sich mit diesen Waffen begnügen. Da griffen diese, von der Wissenschaft im Stich ge-

[1]) Brauer's Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, III, 2. S. 113.

lassen, zur Selbsthilfe. Aus ihren Kreisen wurden die zahlreichen praktischen Maßnahmen zur Verbesserung der Volksgesundheit ausgedacht und in die Wirklichkeit umgesetzt, die Walderholungsstätten für Kranke und Gesunde, für Erwachsene und Kinder, die Waldschulen, die Milchküchen für Säuglinge, der Rettungsdienst in Großstädten, der Arbeitsnachweis für Unfallinvalide und zahlreiche andere Einrichtungen. Aus ärztlichen Kreisen wurde zuerst die Forderung für Anstellung von Schulärzten gestellt und begründet, die Belehrung des Arbeiters über gesundheitliche Vorgänge durch öffentliche Vorträge ins Leben gerufen. Von den Ärzten gingen durch praktische Erfahrung belegte Vorschläge zur Verbesserung und Erweiterung der Arbeiterversicherungsgesetze aus, lediglich mit dem Ziele der Hebung der Volksgesundheit. Aus Ärztekreisen wurde schließlich die Forderung nach Fortbildung der Kollegen vornehmlich in der sog. Sozialen Medizin, dem Gebiete der Arbeiterversicherung, gestellt und mit der Errichtung der erforderlichen Bildungsstätten begonnen.

Dieser stürmische Drang der gesamten deutschen Ärztewelt. sich neue Unterlagen für eine erfolgreiche Durchführung der ihr erwachsenden neuen Aufgaben zu schaffen, Unterlagen, die sie bei der offiziellen Wissenschaft vergeblich suchten, begründet schärfer als exakte Begriffsbestimmungen die Notwendigkeit, diese Bewegung wissenschaftlich zu organisieren. Ein guter Anfang ist gemacht; der „Jahresbericht über Soziale Hygiene“ von Grotjahn und Kriegel erscheint schon zum fünften Male: eine Wochenschrift, die „Medizinische Reform“ von R. Lennhoff wird mit Sachkenntnis, Geschick und Eifer geleitet und bringt eine Fülle von Material; zwei Publikationsorgane für größere Arbeiten, die „Soziale Medizin“ von Fürst und Jaffé und die „Zeitschrift für Soziale Medizin“ von Grotjahn und Kriegel, stehen für wissenschaftliche Veröffentlichungen zur Verfügung; verwandten Ideen dient das „Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie einschließlich Rassen- und Gesellschaftshygiene“ von A. Plötz, das auch schon erfolgreich im dritten Jahrgang erscheint. Und die im vorigen Jahre gegründete Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik, welche ausschließlich wissenschaftlich wirken will, ist ebenso wie die Sektion „Versicherungsmedizin“ des deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft eifrig an der Arbeit und erfreut sich reger Teilnahme.

Die bisherige Behandlung des Themas hat die eine wohl nicht mehr zu bestreitende Tatsache ergeben, daß die Anforderungen der

Zeit eine ausgedehnte und gründliche Erörterung von Fragen nahe legten, die von der offiziellen Wissenschaft weniger berücksichtigt werden; daß eine große Zahl eifriger und vorgebildeter Arbeitskräfte sich gefunden hat, welche die Fassung und Ergründung dieser Fragen zu ihren besonderen Aufgaben macht und daß eine noch größere Zahl von Interessenten vorhanden ist, welche aus diesen Arbeiten Nutzen zieht. Die Soziale Hygiene hat zwar keine andere Grundlagen als die Hygiene selbst, sie bedient sich auch wie die Hygiene jeder zureichenden naturwissenschaftlichen Methode, welche geeignet scheint, das gewählte Problem der Lösung später zu führen, aber die Natur dieser Probleme bringt es mit sich, daß einige Methoden besonders ausgiebig herangezogen werden, und die Zeitlage bedingt es, daß der Sozialen Hygiene die Lösung einiger Aufgaben besonders angelegen ist. Der folgende Abschnitt soll die Methoden, auf welche die wissenschaftlich behandelte Soziale Hygiene vorzugsweise angewiesen ist, ausführlicher schildern. Da auch für diese Methoden eine besondere Vertrautheit mit ihrem Inhalt und den Grenzen ihrer Anwendung unerläßlich ist, so vervollständigen die folgenden Darstellungen den Beweis für die Berechtigung unserer Forderung von der Selbständigkeit der Sozialen Hygiene.

II.

Die Statistik als Methode der Sozialen Hygiene.

Im Schlußsatze seiner Rede begrüßt es Rubner mit Freude, wenn die Hygiene Hand in Hand mit ihrer langbewährten Freundin, der Statistik, ihre Fühlung mit den Sozialwissenschaften recht innig gestaltet. Die Einleitung zu seinem Lehrbuch ebenso wie viele seiner Arbeiten beweisen, daß er selbst die zahlenmäßigen Angaben der Statistik als Probe für den Erfolg hygienischer Maßnahmen heranzuziehen pflegt. Der Nutzen der Statistik kann aber ergiebiger gefaßt werden; als Methode kann sie wie das Experiment durch richtige Versuchsanordnung und scharfe Fragestellung direkt zur Beantwortung von Problemen herangezogen werden. Freilich heißt es nicht Statistik treiben, wenn man, wie vielfach geschieht, aus zweistelligen Zahlen Prozentberechnungen anstellt; noch weniger lohnt es sich, ernsthaft auf das Schlagwort von dem „mensonge en chiffre“ einzugehen, das gern dann geltend gemacht wird, wenn die Zahlen gegen den Autor sprechen und er zu ihrer

Widerlegung das ganze Gewicht seiner subjektiven Erfahrung geltend macht.

Die wissenschaftliche Statistik zerfällt in drei voneinander im Ziel und auch in der Technik durchaus zu trennende Abschnitte. die amtliche Statistik, von der uns für unsere Zwecke die Medizinalstatistik interessiert, die Bevölkerungsstatistik, für deren die Ärzte interessierenden Teil F. Prinzing die Bezeichnung der „medizinischen Statistik" angegeben hat, und die „angewandte Statistik" oder „statistische Arithmetik".

Die amtliche Statistik.

Die amtliche Statistik hat die Aufgabe, das den Staat und die Wissenschaft interessierende Zahlenmaterial in möglichst zuverlässiger Weise zu beschaffen und zu sammeln, auf seine Richtigkeit zu prüfen und in übersichtlicher und für eine weitere Behandlung vorbereiteter Form zu veröffentlichen. Eine eingehende Geschichte der amtlichen Statistik findet sich in dem Werke „Geschichte, Theorie und Technik der Statistik" von August Meitzen.[1]) Über die Geschichte der preußischen Medizinalstatistik hat Guttstadt einen kurzen Vortrag in der Gesellschaft für Soziale Medizin am 25. Mai 1905 gehalten. Unter Hinweis auf diese Quellen seien hier nur die Hauptpunkte der Geschichte der „Medizinalstatistik" wiedergegeben.

Andeutungen einer amtlichen Aufzeichnung der Zahl der Lebenden und der Todesfälle finden sich gelegentlich schon im Altertum und im früheren Mittelalter. Der Beginn einer systematischen Aufzeichnung der Geburten, Sterblichkeitszahlen und Todesursachen fällt in das 16. Jahrhundert, und zwar war es das Bestreben, über die Ausdehnung der tödlichen Verheerungen der Pest nähere Kenntnis zu erlangen, welches in Frankreich und England die Regierungen, in Deutschland die städtischen Verwaltungen veranlaßte, Aufzeichnungen anzubefehlen. Die Ausführung dieser Befehle wurde den Pfarrern übertragen und Konzile schärften ihren Untergebenen die erforderliche Sorgfalt ein. Die genaueren Angaben über diese Edikte finden sich bei Meitzen, und soweit dort nicht erwähnt, in meinem Vortrag „Beiträge zur Geschichte

[1]) Berlin 1886, Hertz.

der Kindersterblichkeit".[1]) Die meisten dieser Kirchenbücher gingen in den Kriegswirren der nächsten Jahrhunderte verloren; von den übrig gebliebenen Aufzeichnungen sind am wertvollsten die für Breslau, welche Grätzer in seiner Schrift „Edmund Halley und Caspar Neumann"[2]) wiedergegeben hat und diejenigen für Frankfurt a. M., die sich in dem Werke von Bleicher „Statistische Beschreibung der Stadt Frankfurt a. M."[3]) finden. Von der Mitte des 18. Jahrhunderts, in dem 1749 der Göttinger Staatsrechtslehrer Achenwall das Wort Statistik zum ersten Male anwendete und Büsching 1767 die erste periodische statistische Schrift herausgab, datiert das lebhaftere Interesse des Staates an amtlichen Aufzeichnungen. Den ersten Auftrag zur staatlichen Aufnahme erhielt 1790 Lavoisier von der französischen Republik; die von ihm geschaffenen Einrichtungen überdauerten die Republik nicht, wurden aber später vom Kaiserreich wieder aufgenommen. Das Preußische statistische Bureau wurde von Stein auf Anregung von Krug 1805 geschaffen und nach dem Tilsiter Frieden 1808 in seinem Bestand gesichert. Es erläßt seit 1845 periodische Veröffentlichungen. Andere deutsche, außerdeutsche und europäische Staaten verfolgten von Anfang des 19. Jahrhunderts das gleiche Ziel. Da die verschiedenen Arten der Erhebung in den einzelnen Ländern die Benutzung der Zahlen für den internationalen Verkehr und die Wissenschaft erschwerten, so regte der belgische Statistiker Quetelet die Abhaltung ständiger internationaler Kongresse an, die sich nicht mit der Theorie, sondern nur mit den Forderungen möglichst gleichmäßiger Erhebungen beschäftigen sollten. Der erste Kongreß fand 1853 in Brüssel statt; die periodische Wiederkehr ist gesichert und seit 1872 ist eine Permanenzkommission eingesetzt. Die Grundlage der Erhebungen bilden die nach feststehenden Grundsätzen in allen Ländern eingeführten Volks- und Berufszählungen, deren Geschichte Meitzen ausführlich angibt. In Deutschland erhielt 1877 das Reichsgesundheitsamt den Auftrag, periodische Zusammenstellungen über den Bevölkerungsstand, die Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik zu veröffentlichen. Da die zugrunde gelegten Schemata im Reich und in den einzelnen Ländern verschieden waren, so wurde nach längeren Beratungen in Deutschland 1904 ein einheitliches Todesursachensystem zu-

[1]) Medizin. Reform 1906.
[2]) Breslau 1883, Schottländer.
[3]) Frankfurt 1895. I.D. Sauerländer.

grunde gelegt, das den Ärzten zur Berücksichtigung empfohlen, in Preußen schon angenommen ist und in den Bundesstaaten eingeführt werden soll. Dem Beispiele des Staates sind städtische Behörden gefolgt, indem sie eigene statistische Ämter errichteten und deren Leitung hervorragenden Fachmännern übertrugen. Die städtischen statistischen Jahrbücher sind oft hervorragende Quellenwerke. In Deutschland haben sich die meisten Städte außerdem noch vereinigt und geben gemeinsam unter der Leitung von Neefe ein statistisches Jahrbuch deutscher Städte heraus, von dem jetzt schon der 13. Jahrgang vorliegt. Die Grundbedingung für die Zuverlässigkeit der Todesursachenstatistik ist eine richtige Aufzeichnung des Einzelfalles an der ersten Stelle, und diese Voraussetzung ist nur erfüllt bei dem Bestehen einer sachverständigen Leichenschau. An einer solchen mangelt es in Preußen mit Ausnahme einer Anzahl von Städten und vereinzelten Kreisen. In anderen deutschen und außerdeutschen Ländern ist es damit besser bestellt. Eine eingehende Darstellung der Zustände in den einzelnen Ländern findet sich in der Arbeit von F. Prinzing: Die Zuverlässigkeit der Todesursachenstatistik Württembergs im Vergleich mit der anderer Staaten.[1]) Eine amtliche Morbiditätsstatistik ist erst eine Hoffnung der Zukunft. Nur die Erkrankungen an bestimmten Seuchen in allen Ländern finden in den Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamts ihre Aufzeichnung, weil deren Anmeldung im Inland durch gesetzliche Bestimmungen, die Meldung von Land zu Land durch internationale Konferenzen geregelt ist. Außerdem verzeichnet die amtliche Statistik die Zahl der Unfälle, Gebrechen und Geistesstörungen, sowie die Zahl und Beschaffenheit der zu ihrer Versorgung geschaffenen Anstalten.

Die amtlichen Erhebungen geschehen nach sorgfältiger Vorbereitung durch staatliche Maßnahmen; die Verarbeitung ist Aufgabe der staatlichen Ämter; wie genau hierbei die Prüfung der Zuverlässigkeit der Angaben stattfindet, dafür liefert der Vortrag von Guttstadt zahlreiche Beispiele. Die Veröffentlichung geschieht in amtlichen Quellenwerken, die periodisch in größeren und geringeren Abständen erscheinen, das gesammelte Material in tabellarischen und graphischen Darstellungen nach eigener, durch Erfahrung bewährter Technik zur Anschauung bringen und oft genug schon zu Schlußfolgerungen über die Entwicklung bestimmter Vorgänge monographisch bearbeiten. Im allgemeinen aber be-

[1]) Württ. Jahrbuch für 1900. Nov. 1901.

schränken sich die amtlichen Quellenwerke darauf, das Material wohl vorbereitet zur weiteren Ausgestaltung anderen Statistikern zur Verfügung zu stellen.

Die medizinische Statistik.

Auf die Quellen der amtlichen Statistik als die Grundlage ihrer Arbeiten ist die medizinische Statistik angewiesen. Sie ist ein Teil der Bevölkerungsstatistik, aber sie hat die weitere Aufgabe, nicht nur wie diese die normalen Vorgänge der Bevölkerungsbewegung, sondern nach der Definition von Prinzing,[1]) ihrem bedeutendsten Vertreter in der Gegenwart, die zahlenmäßige Untersuchung der pathologischen Erscheinungen der menschlichen Gesellschaft als selbständige empirische Disziplin vorzunehmen. Im allgemeinen reichen hierzu die einfachsten Rechenmethoden aus, doch ist eine Kenntnis der theoretischen mathematischen Grundlagen, des schon vorhandenen Tatsachenmaterials und der seit lange eingeführten bewährten Methoden für den selbständigen Forscher auf diesem Gebiete erforderlich. Vor allem bedarf es genauer Kenntnis der zahlreichen Fehlerquellen, in deren Fallstricke sich immer wieder Ungeübte verwickeln, wenn sie aus den absoluten Zahlen der Quellenwerke Prozentberechnungen in beliebiger Einheitsreduktion anstellen und damit allen Anforderungen Genüge getan zu haben glauben. Größere Darstellungen der Theorie und Praxis der medizinischen Bevölkerungsstatistik finden sich in dem älteren Werke von Österlen, Medizinalstatistik, Tübingen 1866 — und den neueren Werken Westergaard, Die Lehre von der Morbidität und Mortalität, Jena, II. Aufl., 1901 und Georg von Mayr, Statistik und Gesellschaftslehre, II. Bd., Freiburg 1897. Kürzere Darstellungen bietet der 4. Teil des „Grundriß zum Studium der politischen Ökonomie“ von Conrad[2]) und das volkstümliche Werk von G. v. Mayr „Die Gesetzmäßigkeit im Gesellschaftsleben“.[3]) Die mathematischen theoretischen Grundlagen der Bevölkerungsstatistik finden sich ausführlich behandelt in der ersten Auflage des Werkes von Westergaard (Jena 1887) und in den „Abhandlungen zur Theorie der Bevölkerungs- und Moralstatistik“

[1]) Die heutige Bedeutung der medizinischen Statistik. Württemb. Korrespondenzbl., Jahrg. 75.

[2]) Jena, Fischer, 1900.

[3]) München, Oldenburg, 1877.

von Lexis.[1]) Ein ausführliches neueres Handbuch der medizinischen Statistik, einschließlich der pathologischen Vorgänge von Prinzing verfaßt, hat soeben die Presse verlassen.[2]) Eine genaue kritische Darstellung der Geschichte der Bevölkerungsstatistik bringt Westergaard in der zweiten Auflage seines Werkes: eine ganz kurze Übersicht findet sich in meinem oben zitierten Vortrag zur Geschichte der Kindersterblichkeit.

Danach kann man drei Perioden der Bevölkerungsstatistik unterscheiden. Die erste ist die der rein naiv beschreibenden Darstellung. Sie beginnt mit dem Werke des Londoner Kapitän Graunt, der einer Anregung seines Freundes Petty folgend die Totenzahl der Stadt London 1667 zu einem kleinen Werke „Natürliche und politische Bemerkungen über die Totenzahlen der Stadt London" verarbeitete. Von seinen Zahlenangaben ist für uns selbst zu Vergleichen nicht mehr viel brauchbar; höchstens sind sie für nosologisch-historische Betrachtungen verwendbar. Bewundernswert ist aber heute noch der Scharfsinn und die Unbefangenheit, mit der Graunt sein Material für Schlußfolgerungen über Bevölkerungsbewegungen heranzog. Fast in dieselbe Zeit fällt die Arbeit des Astronomen Halley, der durch die Vermittlung von Leibnitz sich das Zahlenmaterial der Stadt Breslau verschaffte und auf Grund dieser nach Geburts-, Todesjahr und Geschlecht getrennten Angaben 1693 die erste Sterbetafel konstruierte. Zu Anfang des 18. Jahrhunderts sammelten der Breslauer Arzt Kundmann und der Berliner Arzt Gohl das Zahlenmaterial ihrer Vaterstädte und verwandten es für medizinalstatistische Studien. Den Höhepunkt erreichte dieser Abschnitt in dem Werke von Johann Peter Süßmilch „Betrachtungen über die Göttliche Ordnung in den Veränderungen des menschlichen Geschlechtes aus der Geburt, dem Tode und der Fortpflanzung erwiesen" (1. Aufl., 2 Bände, 1749. Seither zahlreiche neue Ausgaben und ein dritter von Baumann herausgegebener Ergänzungsband mit umfangreichem Zahlenmaterial). Der wissenschaftliche Standpunkt dieses bahnbrechenden, für lange Zeit vorbildlichen Werkes geht aus dem

[1]) Jena, Fischer, 1903.

[2]) Jena, Fischer, 1906. Anmerkung bei der Korrektur. Das Prinzing'sche Werk, dessen Erscheinen einen lange ausgesprochenen Wunsch der Bewunderer seiner Arbeiten erfüllt, bringt nicht nur das vorhandene Material vom Standpunkt des Arztes in übersichtlicher Form, sondern verarbeitet es zu klaren, vorsichtigen und darum um so eindrucksvolleren Schlußfolgerungen. Besondere Berücksichtigung findet die Soziale Hygiene.



Titel hervor; seine eingehenden Tabellen und Angaben sind noch heute für historische, epidemiologische und statistische Arbeiten von Interesse. Süßmilch regte in den folgenden Jahrzehnten zahlreiche Ärzte zu ähnlichen Arbeiten an.

Die zweite Periode stützt sich auf die seither erfolgte Ausbildung der mathematischen Unterlagen der Statistik, deren Ausgangspunkt die durch Euler, Bernoulli, Laplace und Fournier geschaffene Wahrscheinlichkeitsrechnung wurde. Der Fortschritt kam zunächst der Lebensversicherung zugute, für deren geschäftliche Aufgaben eine theoretische Grundlage gegeben war; dann aber auch der Durcharbeitung der Gesetze der natürlichen Bevölkerungsbewegung. Das Hauptwerk dieses Abschnittes ist das Buch des belgischen Mathematikers und Berufsstatistikers Quetelet „Sur l'homme et le développement de ses facultés, un essai de physique sociale", Bruxelles 1835. Quetelet suchte aus seinem oft nicht ganz zuverlässigen und genügend umfangreichen Material mittels exakter mathematischer Methoden die gesetzmäßigen Erscheinungen im Leben des „homme moyen" festzustellen. Er ging in der Ableitung von Gesetzen weiter, als uns heute zulässig erscheint; wenn er auch in seiner Bearbeitung der Zahlen streng methodisch verfuhr, so konnte er sich doch in seinen Schlußfolgerungen von den damals herrschenden naturphilosophischen Anschauungen und vor allem von dem Einfluß der Theorien von Malthus nicht genügend frei machen, um immer als unbefangen zu gelten. Viel extremer aber waren seine Nachfolger, wenn sie, wie der Königsberger Physiker Moser, an die Stelle der naiven göttlichen Ordnung von Süßmilch ebenso aprioristisch die mathematische Formel setzten, nach der sich die Zahlen der Todesfälle jeden Alters richten sollten.

Die dritte noch jetzt wirkende Richtung der medizinischen Statistik verzichtet auf die Auffindung von Formeln und Gesetzen, die den Tatsachen Gewalt antun; entsprechend den Grundlagen naturwissenschaftlicher Methodik beschränkt sie sich darauf, ein möglichst zuverlässiges Material herbeizuschaffen, auf seine Brauchbarkeit streng zu prüfen und die sich aus ihm ergebenden Schlußfolgerungen nur beschreibend abzuleiten. Im Gegensatz zur Arbeitsrichtung ihrer Vorgänger, die hauptsächlich das Bleibende, das Gesetzmäßige anlockte, richten sich ihre Studien auf die Ergründung der Veränderungen, welche die Zahlen unter dem Einfluß der sich entwickelnden biologischen und sozialen Gestaltung der Gesellschaft erfahren. Im Laufe des großen Zeitraums rastloser

Arbeiten ist eine Fülle von Tatsachen festgestellt, deren Kenntnis durch Sonderstudien erworben werden muß.

Der Gegenstand der medizinischen Statistik ist die Bevölkerungsbewegung, die durch natürliche Veränderungen und durch Wanderungen beeinflußt wird. Auch die letzteren Veränderungen beanspruchen die Beachtung des medizinischen Statistikers, weil sie die Behandlung und Verarbeitung des Materials ganz wesentlich verändern können und darum bei Vernachlässigung zu Fehlschlüssen Anlaß geben. Ihr Einfluß muß daher erst durch bestimmte Methoden ausgeschaltet werden, ehe das Material zu Schlußfolgerungen für medizinische Zwecke verwendbar wird. Die medizinische Statistik umfaßt vorzugsweise die Lehre von den Geburten, Sterbefällen, Eheschließungen, Krankheiten und die gegenseitige Beeinflussung dieser Vorgänge. In der Lehre von den Geburten kommen z. B. folgende Fragen in Betracht: die absolute Geburtenzahl in räumlicher Verteilung und in zeitlichem Verlauf, der Einfluß der Jahreszeiten, die Geburtenhäufigkeit, das Geschlechtsverhältnis bei ehelichen und unehelichen Kindern, die Totgeburten, die einfachen und Mehrlingsgeburten, Ehelichkeit und Unehelichkeit. Bei der Behandlung der Sterblichkeit sind die Hauptfragen, die untereinander mehrfach kombiniert werden können, die folgenden: Absolute Sterblichkeit insgesamt und im Vergleich zu den früheren Zeitabschnitten, Einfluß der Jahreszeiten, des Geschlechtes, Sterbeverhältnis nach den Lebensaltern, Sterblichkeit nach Beruf, Wohnort, Vermögenslage, Todesursachen. Das Verhältnis der Geburtenzahl zur Sterblichkeit in der Zeit- und Ortseinheit bildet das Maß für die natürliche Bevölkerungszunahme bzw. -abnahme. — Welche Fülle von Arbeiten die weitere Spezialisierung dieser Hauptabschnitte gezeitigt hat und mit der Änderung der jeweiligen Verhältnisse (Epidemien, Kriege, soziale Einflüsse, neue Heilmethoden) ständig anregt, braucht nicht besonders betont zu werden. Einen der umfangreichsten und der größten Zerlegung fähigen Abschnitte bildet die Kindersterblichkeit, bei der Ernährung, soziale Stellung, Familienstand (ehelich oder unehelich), geographische Lage, Lebensalter und Gesundheitszustand der Eltern, Stellung in der Geburtenfolge die Hauptpunkte der Differenzierung sind.

Bei der Untersuchung dieser Fragen ist die Sachverständigkeit des Arztes gar nicht zu entbehren, namentlich wenn es die Erörterung von pathologischen Zuständen gilt. Et numerandae sunt observationes — et perpendendae. Ein schlagendes Beispiel hierfür

gibt ein Vorgang aus jüngster Zeit. Seit fast 100 Jahren ist es ein Rätsel der Bevölkerungsstatistik, daß das Geschlechtsverhältnis der Geburten bei Ehelichen und Unehelichen ein verschiedenes ist. An diesem Rätsel erprobten zahlreiche Statistiker in kühnen Hypothesen ihren Scharfsinn. Der Jenenser Gynäkologe B. S. Schultze[1]) weist nun, gestützt auf klinische Erfahrungen und auf Zahlenmaterial darauf hin, daß es sich wahrscheinlich gar nicht um einen Lebensvorgang handelt, sondern daß der ganze Unterschied in abweichenden Bedingungen des Sterbens liegen muß. Unter den Totgeborenen der unehelichen Mütter sind weniger Knaben, als unter den ehelich Totgeborenen, weil bei den unehelichen Geburten die Zahl der vor der Geburt Absterbenden, der Faultoten, größer ist und bei diesen die größere Gefährdung der Knaben durch den Geburtsakt selbst fortfällt. Nach Abrechnung der Totgeburten aber besteht kein Unterschied des Geschlechtsverhältnisses bei unehelichen und ehelichen Geburten mehr.

Die Erörterung der Sterblichkeitsverhältnisse hat zur Ausbildung einer strengen Methodik in der Behandlung der Fragen geführt, wobei als Vergleichspunkte die für jede Bevölkerungsmasse empirisch zu berechnende mittlere und wahrscheinliche Lebensdauer eine Rolle spielen. Die Grundlage für Vergleichsbetrachtungen und für praktische Zwecke des Versicherungswesens bildet die Sterbetafel, die mühselig durch umständliche Rechnungen und Korrekturen für eine bestimmte Bevölkerungsmasse die Absterbeordnung nach Lebensaltern angibt; die zugrunde gelegte Bevölkerungsmasse kann die Zahl der Lebenden eines ganzen Landes, nach Geschlechtern getrennt, einer Stadt oder eines einzelnen Staates sein. Die erste Absterbeordnung berechnete 1693 Halley. Er ging von der Voraussetzung der Konstanz der Bevölkerung ohne Berücksichtigung von deren regelmäßiger Zunahme durch den Geburtenüberschuß aus. Halley bezog daher einfach die Zahl der in einem Jahre vorgekommenen Todesfälle nach ihrem Alter auf die Geburtenzahl des gleichen Jahres und konstruierte deren Absterbeordnung auf Grund der Verteilung der beobachteten Todesfälle ihres Geburtsjahres nach Lebensjahren. Jetzt braucht man zwei Methoden zur Herstellung von Sterbetafeln. Die direkte oder Hermann'sche Methode verfolgt sämtliche Individuen eines bestimmten Zeitraums von der Geburt bis zum Tode; sie ist natürlich nur anwendbar, wenn diese Voraussetzung ausführbar ist, also

[1]) Winckel's Handbuch der Geburtshilfe. Wiesbaden 1905.

in abgeschlossenen Bevölkerungen ohne nennenswerte Wanderungen und für einen bestimmten Lebensabschnitt, nämlich vorzugsweise das Kindesalter. Wo diese Voraussetzung nicht zutrifft, also in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, bedarf es der indirekten Methode. Diese stellt für die Geburten eines Zeitabschnittes die Zahl der Todesfälle im ersten Lebensjahre fest; auf den Rest der Lebenden wird die Zahl der relativen Todesfälle des zweiten Lebensjahres reduziert usw.; hierbei sind verschiedene Kontrollen nötig, vor allem die Herstellung des Gleichgewichts von Lebensjahr und Kalenderjahr. Durch die Sterbetafel wird nicht nur den Forderungen der Versicherung genügt; es ergibt sich auch aus ihr der natürliche Altersaufbau einer Gesellschaft im Gegensatz zu dem künstlichen, welchen unsere sozialen Bedingungen schaffen. Aus der Absterbeordnung folgt auch die Erkennung einer typischen Kurve des Absterbens, welche in dem ersten Lebensjahre den höchsten Punkt erreicht, steil bis zum frühen Jünglingsalter absinkt, dort den Tiefstand erreicht und dann langsam aber stetig bis zu den höchsten Lebensaltern ansteigt. Die Sterblichkeitskurve der beiden Geschlechter verläuft verschieden, die der einzelnen Krankheiten deckt sich entweder für die einzelnen Lebensalter annähernd mit ihr (Cholera asiatica, Pneumonie) oder sie zeigt einen mehr oder weniger abweichenden Verlauf (z. B. Kinderseuchen, Krebs). Der Vergleich der Sterbetafeln verschiedener Zeitabschnitte und Länder berechtigt zu wichtigen Folgerungen über Änderungen der Sterblichkeit.

Bei ärztlichen Untersuchungen über die Sterblichkeit zu verschiedenen Zeiten, in verschiedenen Ländern oder an verschiedenen Krankheiten werden häufig genug von Ungeübten zwei fundamentale Fehler gemacht, die man sich nur einmal klar gemacht zu haben braucht, um sie für immer zu vermeiden. So beziehen Viele, um das Vergleichsmaterial gleichnamig zu machen, die Zahl der Todesfälle auf die Gesamtzahl der Bevölkerung. Diese Bevölkerungsmassen aber zeigen in verschiedenen Orten und zu verschiedenen Zeiten infolge der Wanderungen und anderer Ursachen mehr oder minder große Ungleichheit durch verschiedene Besetzung der Altersklassen. In den Großstädten z. B. sind die arbeitskräftigsten, jüngeren und gesünderen Elemente durch Zuwanderung viel stärker vertreten, als dem natürlichen Aufbau der Bevölkerung durch Geburtennachwuchs entsprechen würde; dagegen ist die Zahl der dem Tode gegenüber viel widerstandsloseren Kinder und Greise eine verhältnismäßig geringere als in der Gesamtbevölkerung oder auf

dem Lande. Noch krasser wird der Fehler, wenn man die Todesfälle an den Krankheiten einer Lebensstufe oder eines Geschlechts (Kinderkrankheiten, Puerperalfieber) auf die Gesamtbevölkerung bezieht und dann Vergleiche anstellt. Es ist daher unumgänglich nötig, die Zahl der Gestorbenen nach Altersklassen zu teilen, auf die Lebenden derselben Altersklassen und desselben Geschlechts zu beziehen und dann erst zu vergleichen. Ein zweiter Fehler besteht darin, Schlußfolgerungen daraus zu ziehen, daß man den Anteil einer Todesursache an der Gesamtzahl aller Todesfälle ohne Rücksicht auf die Zahl der Lebenden in den einzelnen Lebensaltern untersucht. Bei gleichzeitiger Berücksichtigung dieser Angaben kann die Untersuchung des Anteils einer Krankheit an der Gesamtsterblichkeit immerhin wertvoll sein; ohne sie aber sind große Irrtümer möglich. Denn die einzelne Todesursache kann scheinbar zugenommen haben, während sie konstant blieb oder sogar abnahm, nur nicht in solchem Grade wie die Gesamttodesziffer; und umgekehrt, eine Todesursache hat scheinbar abgenommen, weil durch das Herrschen einer Epidemie die Gesamtsterblichkeit enorm angestiegen ist. So hat noch neulich ein Hygieniker auf die enorme Höhe der Tuberkulosesterblichkeit im schulpflichtigen Alter hingewiesen, während die Sterblichkeit an Tuberkulose hier die geringste von allen Altersklassen ist; sie hat nur in diesem Alter nicht annähernd so stark abgenommen wie die anderen Todesursachen und spielt daher eine relativ größere Rolle als die anderen Todesursachen. Es ist dies vom prophylaktischen Standpunkt immerhin wichtig genug, darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, daß wegen der Kleinheit der absoluten Sterblichkeitsziffern in diesem Lebensalter der relative Unterschied perspektivisch vergrößert erscheint. Am besten erleichtert bei Zweifeln in die Methodik die graphische Darstellung das Verständnis. Wenn man sich auf einer Tafel, um bei dem eben erwähnten Beispiele zu bleiben, drei Kurven einzeichnet, die absolute Zahl der Lebenden nach Altersklassen, die absolute Zahl der Todesfälle an allen Krankheiten und die absolute Zahl der Todesfälle an Tuberkulose, so ergibt der Abstand der Kurven in den einzelnen Lebensjahren einen Anhalt für das relative Verhältnis der drei Werte. Ja schon die Einzeichnung zweier Kurven, der relativen Sterblichkeit an allen Krankheiten und an Tuberkulose allein nach Altersklassen, schützt vor falschen Folgerungen. Ebenso mag man bei Vergleichen verschiedener Zeiträume verfahren, wobei die horizontalen Abschnitte die Kalenderjahre bedeuten und die einzelnen Kurven die

Zahl der Lebenden, die Gesamtsterblichkeit und die Sterblichkeit an einer bestimmten Krankheit darstellen.

Welche feinen Aufschlüsse wir bei der Behandlung der medizinischen Statistik als einer eigenen naturwissenschaftlichen Forschungsmethode erzielen können, das beweisen z. B. die Untersuchungen von Rahts und Würzburg in den Arbeiten des Reichsgesundheitsamts, von Geißler in den amtlichen sächsischen Veröffentlichungen und vor allem die zahlreichen Arbeiten von F. Prinzing, der diesen Zweig der Statistik so erfolgreich zu einem eigenen Arbeitsgebiet ausgestaltet hat.

Angewandte Statistik.

Die statistische Arithmetik hat scheinbar nur zufällig mit der Statistik dadurch etwas zu tun, daß sie sich auf deren Material beruft. Ihre Technik wird von vielen für außerordentlich einfach gehalten, und doch beruhen ihre Voraussetzungen unmittelbar auf den kompliziertesten Problemen der Mathematik, doch ist ihre Anwendung mit so viel Fehlerquellen verknüpft, wie die schwierigste experimentelle Methode. Den Grundideen nach ist sie ebenfalls eine experimentelle Methode, bei der die Folgerichtigkeit der Fragestellung und die Fehlerlosigkeit der Versuchsanordnung ebenso wie bei den biologischen Experimenten den Erfolg entscheidet. Die angewandte Statistik ist, ohne daß dies immer ohne weiteres ersichtlich ist, die häufigste Grundlage aller Schlußfolgerungen, welche die Klinik, die pathologische Anatomie, die Laboratoriumstechnik aus ihren Versuchen ziehen. Es heißt angewandte Statistik treiben, wenn der Kliniker aus einigen hundert Beobachtungen den Schluß auf die Wirksamkeit eines Heilmittels zieht, wenn der pathologische Anatom aus dem Leichenbefunde die Immunität oder Disposition bestimmter Organe für eine typische Geschwulstform erweist, wenn der Experimentator aus zahlreichen Tierversuchen die Empfänglichkeit oder Unempfänglichkeit einer Tierart gegen einen Mikroorganismus ableitet. Für andere Versuchsanordnungen mit experimenteller oder auf Beobachtung gestützter Fragestellung bildet ferner die statistische Arithmetik die Kontrolle: wenn z. B. die Wirksamkeit von Desinfektionsmaßregeln, die gegen eine bestimmte Seuche getroffen werden, durch experimentelle Grundlagen sichergestellt erscheint, so liefert die Untersuchung des Verhaltens jener Krankheit, der Vergleich der Krankheitsziffern vor und nach

der Einführung der Desinfektion, die Probe auf die Richtigkeit der Voraussetzungen. Schließlich bleibt die statistische Arithmetik die allein mögliche Methode der Feststellung von ursächlichen Beziehungen, wenn das Problem der direkten experimentellen Prüfung nicht zugänglich ist, wenn z. B. Versuche ausgeschlossen sind, wie fast stets in der Pathogenese des Menschen oder wenn das Problem aus Mangel an Methoden oder wegen des Umfangs der Zeiträume sich der direkten Beobachtung entzieht, wie z. B. die Frage der Bedeutung von Krankheitsanlagen, des Zusammenhangs zweier Krankheiten wie Syphilis und Aneurysma. Die Technik der statistischen Arithmetik geht dahin, die zu untersuchende Größe B mit der bekannten Größe A derart in einen einfachen Vergleich zu bringen, daß B in jeder Beziehung dem Faktor A gleichartig und gleichnamig ist. Der Ansatz muß so aufgestellt sein, daß beide Seiten der Gleichung sich nur durch den zu eruierenden Faktor unterscheiden. Dann ergibt sich die einfache Formel: $A : B = 100 : X$. Grundbedingung aber ist, daß sowohl A wie B Ergebnisse einer Massenbeobachtung sind, für deren Behandlung die Prinzipien der Wahrscheinlichkeitsrechnung feststehende Methoden angeben.

Diese erste Forderung beruht auf der mathematischen Theorie der Statistik, die auf den Gesetzen der Wahrscheinlichkeitsrechnung aufgebaut ist und deren elementare Grundlage sich jeder zu eigen gemacht haben muß, der sich bei Anwendung der statistischen Arithmetik vor Trugschlüssen bewahren will. Die Wahrscheinlichkeit eines Ereignisses wird ausgedrückt durch einen Bruch, dessen Zähler die durch Beobachtung festgestellte Zahl der wirklichen Fälle, dessen Nenner die Zahl aller möglichen Fälle ist. Unsere Mortalitäts- und Letalitätsbestimmungen sind alle Wahrscheinlichkeitswerte. Die Wahrscheinlichkeit für einen Mann im dritten Lebensdezennium an Unterleibstyphus zu erkranken, ist die Zahl der innerhalb einer gegebenen Bevölkerung beobachteten Erkrankungen dieses Lebensalters und Geschlechts dividiert durch die Zahl aller lebenden Männer des dritten Dezenniums. Die Wahrscheinlichkeit, aus einer Urne, die je eine schwarze und eine weiße Kugel enthält, eine weiße Kugel zu ziehen, ist gleich $1/2$. In der Wirklichkeit verhält es sich aber durchaus nicht so, daß, wenn ich viermal nacheinander in die Urne greife, ich je zweimal eine weiße und zweimal eine schwarze Kugel finde. Hier spielt der unberechenbare Zufall mit. Nun lehrt das von Bernoulli aufgestellte und mit großem Scharfsinn mathematisch bewiesene

Gesetz der großen Zahlen, daß, wenn dieser Versuch sehr oft hintereinander angestellt wird, die nach der einen oder anderen Seite ausschlagenden zufälligen Einwirkungen sich gegenseitig kompensieren; bei etwa 10000 Ziehungen nähert sich das Ergebnis der Beobachtung dem Wahrscheinlichkeitskalkul derart, daß annähernd in je 5000 Fällen eine weiße oder eine schwarze Kugel gezogen wird. Und zwar sind die Abweichungen vom erwarteten Ergebnis um so geringer, je größer die Zahl der Ziehungen ist. Die zur Untersuchung herangezogene Masse setzt sich nun aus einer großen Zahl von Einzelbeobachtungen zusammen, deren jede ihre eigene von zufälligen Einflüssen bedingte Abweichung vom Mittelwert bietet, den zufälligen Fehler, der nach oben oder unten mehr oder weniger vom Durchschnitt abweicht und der die Folge einer Fülle von Ursachen ist, die bei dem statistischen Experiment ausgeschaltet werden sollen. Die Ausschaltung dieser Fehlerquellen ist die zweite Aufgabe des Beobachters, der sein Material gleichartig zu machen hat. Die Größe des Fehlers ist auf die Richtigkeit des Schlusses bei der Zusammenfassung in der Massenbeobachtung von entscheidender Bedeutung; es ist daher erforderlich, den Umfang der Masse des Materials so groß zu wählen, daß die Exkursionen der zufälligen Fehler nach oben oder unten vom Durchschnitt keinen Einfluß auf die Gleichartigkeit des Materials gewinnen können. Für die Berechnung der Beziehungen zwischen der Höhe des „mittleren Fehlers" und der zu seiner Ausschaltung erforderlichen Größe des Beobachtungsmaterials hat die höhere Mathematik eine Reihe von Methoden angegeben, die bei so exakten Forschungen, wie sie die Astronomie oder die Lebensversicherungstechnik beansprucht, angewendet werden müssen. Für unsere Zwecke genügt oft eine elementare Betrachtung der einzelnen Bestandteile des Massenobjekts, aus denen man ersieht, ob die zufälligen Schwankungen um den Gesamtdurchschnitt nicht größer sind als die Abweichungen, die uns erst auf einen besonderen ursächlichen Faktor schließen lassen. Wenn man z. B. die Wirkung eines Heilmittels gegen eine bestimmte Krankheit untersucht, etwa der kalten Bäder gegen Unterleibstyphus, und feststellt, daß der Durchschnitt der Letalität vor jener Behandlung 15 Proz., nach Einführung der Kaltwasserbehandlung 8 Proz. betrug, so ist der Schluß auf eine Heilwirkung der Bäder noch nicht zulässig ohne Diskussion des Vergleichsmaterials. Zeigt sich nämlich, daß dieses sich aus einzelnen Epidemien zusammensetzt, bei denen die Letalität zwischen 4 und 30 Proz. schwankte, so sind diese Schwankungen

zu groß, um die Ergebnisse eines kurzen Zeitraums der Bäderbehandlung für Schlüsse als ausreichend zu betrachten. Will man dann die Brauchbarkeit seines Materials rechnungsmäßig prüfen, so ist die ziemlich elementare Formel von Gavarret[1]) sehr nützlich zur Bestimmung der Größe des zulässigen mittleren Fehlers in ihrem Verhältnis zum Umfang des Beobachtungsmaterials. Wenn bei dem Vergleich zweier Ergebnisse die Wahrscheinlichkeitswerte des einen Ereignisses $= \frac{M}{R}$, die des anderen $= \frac{m}{r}$ sind, so müssen nach der Formel von Gavarret die zulässigen Fehler, d. h. die zu vernachlässigenden Abweichungen vom Mittel innerhalb der Werte

$$\frac{M}{R} \pm \sqrt{\frac{8\,M\,(R-M)}{R^3}} \text{ bzw. } \frac{m}{r} \pm \sqrt{\frac{8\,m\,(r-m)}{r^3}}$$

liegen, wenn bei der gegebenen Größe des Materials von einer ausreichenden Zuverlässigkeit der Schlußfolgerung die Rede sein soll. Liegen die durch Beobachtung festgestellten Abweichungen der einzelnen Gruppen vom arithmetischen Mittel innerhalb der aus der Formel berechneten Grenzen, so darf man sich beruhigen. Ist dies nicht der Fall, so kann man durch Einsetzen der beobachteten Werte der Fehlergrenzen in die Formel für R und r die Größe des Materials berechnen, die erforderlich ist, um Schlüsse zuzulassen. Beispiele für die Anwendung und Tabellen zur Erleichterung der Rechnung finden sich in dem Werke von Fick. Mit dem Hinweis auf diese exakte Methode ist zugleich der Einwand widerlegt, der so oft von statistischen Laien gegen den Wert des Verfahrens gemacht wird, daß das persönliche Urteil des Untersuchers maßgebender sei, als die alle feineren Unterschiede nivellierende Massenbeobachtung. Denn gewiß ist das Material der Massenbeobachtung in seinen einzelnen Bestandteilen von sehr ungleicher Zusammensetzung, aber wir haben Methoden, um festzustellen, ob diese Ungleichheiten wesentlich sind oder sich im Raum der großen Zahlen genügend ausgleichen, um vernachlässigt werden zu dürfen.

Ist die erste Aufgabe erfüllt, daß A und B groß genug sind, um nach den Anforderungen des Gesetzes von den großen Zahlen die kleineren Fehler zu kompensieren, daß also das Material gleichartig ist, so entsteht die zweite Forderung, daß die ver-

[1]) Vgl. A. Fick, Die medizinische Physik, Anhang über Wahrscheinlichkeitsrechnung. Braunschweig, Vieweg, III. Aufl., 1885.

glichenen Größen absolut **gleichnamig** gemacht werden. Um diese Bedingung zu erfüllen, bedarf es der Kenntnis des Tatsachenmaterials der medizinischen Statistik. Will man z. B. die Sterblichkeit an einer bestimmten Krankheit nach Stadt und Land oder für verschiedene Zeitabschnitte bestimmen, so muß eine Berechnung auf gleiche Altersklassen bei deren verschiedenem Altersaufbau erfolgen; die gröberen Differenzen liegen meist klar zutage; es bedarf aber weiter durch genaues Studium der Sonderbedingungen in jedem einzelnen Falle eines möglichst genauen Ausgleichs der Ungleichheiten, bis schließlich nur ein einziger Unterschied übrig bleibt, derjenige, der Anlaß zur Fragestellung gegeben hat. Hierbei kann man nicht skeptisch und kritisch genug vorgehen, um innere Ungleichheiten durch Reduktionen auszuschalten. Bei der Vielfältigkeit der erstehenden Aufgaben lassen sich bestimmte Regeln nicht aufstellen. Hier ist eingehende Kenntnis der Lehren der Bevölkerungsstatistik, genaue Durchforschung des Einzelfalles und Anwendung von Scharfsinn dringend geboten, um alle Ungleichheiten zu durchdringen und auszuschalten, die der Einzelfall bietet. Und wenn schließlich das Ergebnis dahin geht, daß der Vergleich das Einwirken einer besonderen Ursache erschließen läßt. so soll man neunmal prüfen, ob nicht eine übersehene innere Ungleichheit das Resultat ganz oder teilweise herbeigeführt hat, bis man endlich beim zehnten Male auf eine Bestätigung der gemachten Annahme schließt. Die Fähigkeit, die statistische Arithmetik zu beherrschen, läßt sich darum nur durch Studium und Übung erwerben, sie ist nicht angeboren. Hat man endlich einen ganz einwandsfreien Vergleichsansatz gemacht, so ist sowohl die Gleichheit wie die Ungleichheit der beiden Seiten beweisend. Im letzteren Falle ist die Mitwirkung der besonderen Ursachen dargetan, im ersteren Falle ihre Einflußlosigkeit auf den Ablauf der Erscheinungen.

Oft ist eine gleichnamige Reduktion nicht möglich, weil die erforderlichen Vergleichszahlen nicht vorhanden sind. Es gilt z. B. den Einfluß der Wohlhabenheit auf die Kindersterblichkeit an bestimmten Krankheiten zu erörtern; man kennt die Zahl der Todesfälle und die Vermögenslage der Eltern; aber es fehlt die Angabe über die Zahl der lebenden Kinder in den einzelnen Schichten. Oder man will beweisen, daß die Gewohnheit, von je ein schlechter Esser zu sein, ein disponierendes Moment für die Entstehung einer späteren Tuberkulose ist. Laienstatistiker halten die Beobachtung, daß in ihrem Material an Tuberkulösen die Zahl der schlechten

Esser eine auffallend große ist, für ausreichend genug, um aus ihr allein einen Schluß zu ziehen. Der Statistiker verlangt den Vergleich mit der Zahl der schlechten Esser in der Gesamtbevölkerung, die nicht tuberkulös geworden sind, und das Abwägen beider Werte. Da der Vergleichswert aber fehlt, so verzichtet er auf Schlußfolgerungen, selbst auf die Gefahr hin, eine zufällig richtige Beobachtung fallen lassen zu müssen. Für solche Fälle hat aber Körösy darauf hingewiesen, daß man auf Umwegen zum Ziele kommen kann; nicht wegen der methodischen Bedeutung des an sich sehr naheliegenden Verfahrens, sondern wegen der Ermöglichung der Lösung schwierigerer Probleme hat er seinen Kunstgriff als eine eigene Methode der „Intensitätsberechnung“ eingeführt.[1]) Nach Körösy vergleicht man die Veränderungen der zur Beobachtung stehenden Massengröße mit den Veränderungen, welche eine andere Massengröße erfährt, die mit ihr den unbekannten Faktor gemein hat, sich aber von ihr durch das Fehlen des zu prüfenden Faktors unterscheidet. Das Maß des Zurückbleibens oder der Steigerung gegenüber dem Vergleichsobjekt bezeichnet K. als relative Intensität; es dient ihm zur Erörterung der Bedeutung des geprüften Faktors. Ein einfaches Beispiel soll die Anwendung der Methode erläutern. An einem begrenzten Beobachtungsmaterial einer Säuglingsklinik soll der Einfluß der künstlichen Ernährung auf die Sterblichkeit geprüft werden. Bekannt ist die Zahl der Todesfälle der verschieden ernährten Kinder, bekannt auch das Verhältnis der mit Mutterbrust und der künstlich ernährten Säuglinge = 3 : 7. Spielte die Ernährung keine Rolle, so müßte auch das Verhältnis der Sterblichkeit beider Gruppen = 3 : 7 sein. Tatsächlich ist es aber 1 : 15. Folglich ist die Intensität der Sterblichkeit der künstlich ernährten Kinder an diesem Material 6—7 mal so groß als die der Brustkinder. Beispiele komplizierterer Fälle finden sich bei Körösy.

Ist man nach Überwindung aller technischen Schwierigkeiten zu dem Ergebnis gekommen, daß eine ganz bestimmte Ursache bei der Abweichung des Ergebnisses von dem Vergleichsobjekt eingewirkt hat, so ist hiermit die Wirkungssphäre der statistischen Arithmetik erschöpft; über die innere Beziehung zwischen Ursache und Wirkung vermag sie nicht Auskunft zu erteilen; wer derartige Anforderungen stellt, verkennt die Grenzen der Anwendbarkeit des

[1]) Armut und Todesursachen, Zugleich ein Beitrag zur Methodologie der Statistik. Wilh. Seidel, 1886 und Ztschr. f. Hygiene, Bd. 18.

Verfahrens. Mit besonderer Schärfe und Klarheit hat F. Martius diese Grenzen der Methodik betont.[1]) Höchstens vermag die Methode durch Teilung des Materials, wofern eine solche möglich ist, die ursächlichen Beziehungen schärfer zu fassen. Ein Beispiel mag auch hier diesen Satz erläutern. Im Juni des Jahres 1889 stieg die Gesamtsterblichkeit in Berlin in ungewöhnlichem Maße an, so daß die Annahme einer besonderen Ursache unerläßlich war. Eine Teilung des Materials nach Altersklassen und Todesursachen ergab, daß diese Übersterblichkeit auf das Konto der Säuglinge und ihrer Sterblichkeit an Brechdurchfall kam. Die weitere Teilung nach dem Gesichtspunkt der Ernährung lehrte weiter, daß von 2969 Todesfällen dieser Gruppe allein 2424 Todesfälle auf Kinder fielen, die mit Tiermilch allein oder mit Tiermilch und Surrogaten ernährt wurden. Ein Studium der Temperaturverhältnisse zeigte schließlich, daß der Juni 1889 in vierzigjährigem Zeitraum die höchste Temperatur bot, die überhaupt, nicht bloß in jenem Monat, in Berlin zur Beobachtung gekommen war. Eine Teilung nach der Wohnungsgröße und -lage durch Intensitätsberechnung ergab, daß die ärmere Bevölkerung den Hauptanteil an der Sterblichkeit trug. Eine weitere Teilung des Materials ist nicht möglich. Die statistische Methode berechtigt also zu dem Schluß, daß die abnorme Sommerhitze durch Beeinflussung der künstlichen Säuglingsnahrung namentlich in den ungünstigen Wohnungen der ärmeren Bevölkerung die gesteigerte Sterblichkeit verursacht hat. Über den inneren Zusammenhang ein Urteil abzugeben, ist die Statistik nicht zuständig, das mußten weiter die klinische Beobachtung und die experimentelle Methodik entscheiden, wie sie das im vorliegenden Falle ja auch wirklich getan haben. Hat die Statistik das Vorhandensein ursächlicher Beziehungen erwiesen, so ist sie ferner nicht in der Lage zu entscheiden, was Ursache, was Wirkung ist. Wenn z. B. der Löffler'sche Bazillus sich selbst bei 25 Proz. gesunder Individuen auf den Schleimhäuten findet, dagegen bei mehr als 90 Proz. solcher Menschen, welche das klinische Bild der Diphtherie darbieten, so hieße es die Gesetze der Logik verleugnen, wenn man einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der spezifischen Krankheit und dem Vorkommen des Keims in ihren Produkten bestreiten wollte. Ob aber das Vorkommen des Bazillus die Ursache oder die Folge der pathologischen Veränderungen ist,

[1]) Virchow's Archiv, Bd. 83, und Pathogenese innerer Krankheiten. Teplitz u. Deudike, 1900.

das kann die Erörterung des Zahlenverhältnisses nicht entscheiden. Dafür ist der Kliniker und der Bakteriologe zuständig, der aus seinen Versuchen und Beobachtungen den Beweis zu erbringen hat, daß der Keim spezifisch und der Erreger der Krankheit ist. Nur darf er seinerseits wiederum nicht verlangen, daß man ihm blindlings folgt, wenn er weiter nichts als das Zahlenverhältnis für den inneren Zusammenhang der ursächlichen Bedeutung vorzuführen vermag.

Auch verrät schließlich die Aufdeckung der ursächlichen Beziehungen nichts darüber, ob der kausale Zusammenhang ein unmittelbarer ist und nicht vielmehr über viele Zwischenglieder wirkt. Im obigen Beispiel der Juniepidemie des Jahres 1889 war der Zusammenhang zwischen Sommerhitze und Verderbnis der Kuhmilch ein unmittelbarer ohne weitere Zwischenglieder. Das hat aber nicht der statistische Schluß ergeben, sondern die biologische Erfahrung. Wenn jedoch z. B. der Nachweis geliefert wird, daß die Zahl der Knöchelbrüche im Winter eine erheblich größere ist als im Sommer, so würde sich niemand der Lächerlichkeit des Schlusses aussetzen wollen, daß die Winterkälte unmittelbar die Knochen brüchiger mache. Und doch darf lediglich auf Grund der Tatsache, daß im Sommer die Zahl der Grippen und Katarrhe erheblich geringer ist als im Winter, ungestraft behauptet werden, daß dies auf die bakterientötende Wirkung der Sonnenstrahlen zurückzuführen sei. Wieviel Zwischenglieder zwischen den beiden Endpunkten der Kausalreihe Klima und Zahl der Grippeerkrankungen deren Abhängigkeit der Zahlenansatz ergibt, eingeschaltet sein mögen, darüber gibt dieser Ansatz gar keinen Aufschluß. Wenn also bei dem statistischen Experiment durch vorsichtigste Anordnung und scharfsinnige Fragestellung endlich alle Schwierigkeiten überwunden sind, und das Ergebnis fertig und einwandsfrei zutage tritt, so gilt bei der Ziehung der Schlüsse nirgends mehr als hier das Wort: In der Beschränkung zeigt sich erst der Meister. Wenn man aber die Grenzen dieser Methode kennt und beachtet, so gewährt auf dem Gebiete der biologischen Wissenschaften kaum eine andere Art der wissenschaftlichen Fragestellung eine solche Sicherheit wie gerade die statistische Arithmetik. Das beweisen z. B. folgende Beispiele aus der neueren Literatur, in denen es gelang, lediglich mittels der statistischen Methode für bestimmte schwierige Probleme aus der Pathogenese des Menschen ganz eindeutige Lösungen zu finden. So stellt Westergaard[1]) das statistische

[1]) Lehrbuch, 2. Aufl., S. 512—522.

Material zusammen und vermehrte es durch eigene Beobachtungen, aus denen hervorgeht, daß die Abkömmlinge aus Familien, in denen Fälle von Schwindsucht vorgekommen sind, eine größere Wahrscheinlichkeit haben, später an Schwindsucht zu erkranken, als der Durchschnitt. In besonders fein ausgebildeter Methodik zeigte ferner W. Weinberg,[1]) daß die überlebenden Ehegatten Schwindsüchtiger eine doppelt so hohe Schwindsuchtssterblichkeit haben wie die Gesamtbevölkerung; er schließt, daß hierbei der Gefahr direkter Ansteckung eine erhebliche, wenn auch, wie er weiter ausführt, nicht ausschließliche Bedeutung zukommt. Weinberg[2]) zeigte ferner, daß umgekehrt bei der Verfolgung des Schicksals der Ehegatten von Krebskranken das Zahlenverhältnis keinen Anhaltspunkt für eine gesteigerte Erkrankungsgefahr ergibt, daß vielmehr die Zahl der beobachteten Fälle von Krebs beider Gatten (Cancer à deux) innerhalb der Grenzen der Erwartung liegt, ein nach Methodik wie Ergebnis gleich bemerkenswerter Schluß. A. Gottstein[3]) und G. Florschütz[4]) zeigten, daß die Wahrscheinlichkeit, an Lungenschwindsucht zu erkranken, für Menschen mit einem Mißverhältnis von Brust- bzw. Bauchumfang und Körpergröße größer ist als für den Durchschnitt und daß dieses Mißverhältnis nicht die Folge latenter Erkrankung ist, sondern ihr der Zeit nach vorausgeht. Damit ist auf indirektem Wege die Bedeutung konstitutioneller Minderwertigkeit für die Begünstigung des Umsichgreifens einer tuberkulösen Infektion bewiesen.

Die statistische Arithmetik ergänzt also in Fällen, die, wie die oben erwähnten, der direkten experimentellen und klinischen Beantwortung nicht zugänglich sind, erfolgreich die Lücken der Untersuchungsmethodik.

(Schluß folgt.)

---

[1]) Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. V, 4.

[2]) Zeitschrift für Krebsforschung, Bd. II u. IV.

[3]) Med. Reform, 1905.

[4]) Berichte des II. Kongresses für Versicherungsmedizin. Mittler, 1906, Bd. I.

Die hohe Morbidität der Lehrlinge und jungen Gehilfen in vielen Berufen.

Von Dr. med. Fr. Prinzing, Ulm.

In einer früheren Arbeit wurde von mir darauf hingewiesen, daß die Erkrankungshäufigkeit der jungen Arbeiter höher ist als die der späteren Lebensalter, als Ursache wurde die geringere Energie der jungen Arbeiter; die auch bei leichten Erkrankungen eher zu Hause bleiben, und die kleinere Widerstandskraft angeführt.[1]) Es ist von Wert, dieser Erscheinung weiter nachzugehen, insbesondere zu untersuchen, bei welchen Berufen sie besonders getroffen wird, ob sie etwa davon abhängig ist, daß schwächliche Personen in diese eintreten, durch was sie verursacht wird und welche Erkrankungsformen sie hauptsächlich bedingen. Wir beschränken uns dabei auf das männliche Geschlecht.

Da zu derartigen Untersuchungen eine Trennung der Gesamtzahl der Kassenmitglieder und der Erkrankten nach Altersklassen nötig ist und diese Trennung bei den deutschen Krankenkassen fast nirgends vorgenommen wurde, so ist man hauptsächlich auf außerdeutsches, insbesondere österreichisches Material angewiesen. Für Deutschland liegen nur die Arbeiten Heym's für die Gegenseitigkeit, die Bleicher's für die Frankfurter und Bockenheimer Ortskrankenkassen und einige kleinere Veröffentlichungen vor.

Man findet die höhere Morbidität der jungen Arbeiter mehr, wenn nur die Krankheiten mit Erwerbsunfähigkeit in Betracht gezogen werden, viel weniger bei den Krankheiten, die ohne diese

[1]) Die Erkrankungshäufigkeit nach Beruf und Alter. Ztschr. f. die ges. Staatsw., 1902. S. 435.



einhergehen. Um einen allgemeinen Überblick zu gewinnen, seien die folgenden Ziffern mitgeteilt.[1]) Auf 100 Mitglieder kamen Krankheitsfälle im Jahre

beim Alter von	Frankfurt (1896) erwerbsf.	erwerbsunf.	Bockenheim (1896—97) erwerbsf.	erwerbsunf.	Österreich (1891—95) erwerbsunf.
unter 15 Jahren	56,5	43,5	49,6	68,6	43,0
16—20 „	66,6	35,1	67,0	63,0	42,3
21—30 „	66,6	35,1	70,9	54,6	43,6
31—40 „	59,6	43,9	69,7	61,6	47,4
41—50 „	59,7	52,6	72,7	66,4	52,6
51—60 „	66,8	63,5	79,8	68,2	58,8
über 60 „	65,0	56,0	67,7	76,0	68,2

In allen drei Reihen zeigen die erwerbsunfähig Erkrankten beim Alter von unter 15 oder von 15—20 Jahren eine höhere Morbidität als die späteren Altersklassen. Dieselbe Erscheinung findet man bei den Wiener Krankenkassen, bei denen der Morbiditätsstatistik besondere Sorgfalt zuteil wird. S. Rosenfeld hat deren Ergebnisse in einer großen und sorgfältigen Arbeit zusammengestellt.[2]) Wir entnehmen derselben die Ziffern für die allgemeinen Arbeiterkrankenkassen und für die Genossenschaftskassen bis zum 40. Lebensjahre; sie beziehen sich auf die Jahre 1892—1902. Auf 100 Mitglieder kamen Erkrankungen

beim Alter von	Allgemeine Arbeiterkrankenkasse erwerbsf.	erwerbsunf.	Genossenschaftskassen erwerbsf.	erwerbsunf.
unter 15 Jahren	16,4	45,9	66,5	46,2
16—20 „	29,7	57,4	27,2	38,8
21—25 „	31,7	53,4	26,5	33,1
26—30 „	28,0	53,3	24,7	29,5
31—35 „	27,0	54,4	23,2	30,1
36—40 „	27,0	55,5	23,8	32,9

Noch viel mehr als bei den oben angeführten Kassen tritt hier die hohe Zahl der erwerbsunfähig Erkrankten im Alter von unter 20 Jahren hervor.

Es muß hier darauf hingewiesen werden, daß die Feststellung

[1]) H. Bleicher, Frankfurter Krankheitstafeln, Frankfurt a. M. 1900. — Nachträgliche Mitteilungen über die Ergebnisse der Krankheitsstatistik der Krankenkassen in den Jahren 1891—95. Wien 1900. — F. Prinzing, Handb. der med. Statistik. 1906, S. 106 ff.

[2]) Die Gesundheitsverhältnisse der Wiener Arbeiterschaft. Stat. Mon., 1905, N. F., Bd. 10, S. 853 ff.

der durchschnittlichen Mitgliederzahl bei den österreichischen Kassen nur annähernd stattfindet; bei den Kassen des ganzen Landes wurde sie für 1891—95 aus den Anfangs- und Endbeständen unter Anwendung eines aus der Bewegung des Mitgliederstandes gewonnenen Korrektionsfaktors berechnet, bei der Allgemeinen Arbeiterkrankenkasse nur aus Aufnahmen des Bestandes am Anfang und Ende des Jahres, bei den Genossenschaftskassen aus diesen und zwei weiteren Aufnahmen (am 15. März und 15. September). Gerade bei den Lehrlingen und jungen Gehilfen finden Schwankungen im Bestand statt: tritt die größere Anzahl im Frühjahr ein, so wird die durchschnittliche Mitgliederzahl zu groß, ist dies im Herbst der Fall, so wird sie zu klein. Viel genauer ist die Ermittlung des Mitgliederstandes bei den Frankfurter Krankheitstabellen, da hier die Zahl der Mitgliedertage und aus dieser durch Division mit 365 bzw. 366 die genaue Mitgliederzahl berechnet wurde.

Trotz der höheren Morbidität ist die Dauer der Erkrankung bei den jungen Arbeitern kleiner als bei den älteren; auf einen Krankheitsfall mit Erwerbsunfähigkeit kamen Krankentage

beim Alter von	Frankfurt	Bockenheim	Österreich
unter 15 Jahren	14,7	10,3	12,6
16—20 „	16,4	12,5	13,7
21—30 „	19,3	12,3	14,3
31—40 „	22,7	13,9	15,9
41—50 „	27,1	17,9	18,6
51—60 „	32,9	19,4	21,4
über 60 „	38,9	26,0	29,8

Die kürzere Dauer der Erkrankungen beweist, daß das Mehr derselben nicht durch konstitutionelle Leiden bedingt ist, die durch die Berufsarbeit eine Verschlimmerung erfahren, sondern durch leichte Erkältungen und Verletzungen, durch Übermüdung und andere Dinge. Daß die Mortalität der Lehrlinge und jungen Gehilfen keine höhere ist, braucht wohl kaum besonders erwähnt zu werden.

Wir gehen zur Morbidität der einzelnen Berufsarten über. Die Ziffern der Frankfurter Kasse sind zwar sehr exakt berechnet, beziehen sich aber leider nur auf ein Jahr, so daß sie bei der Teilung nach Beruf und Alter sehr klein werden. Es seien daher nur für die Berufe mit großer Mitgliederzahl die Ziffern angeführt; sie beziehen sich auf die Zahl der Erkrankten, nicht der Erkrankungen.

	Zahl der Mitglieder von unter 20 Jahren	erwerbsf. 14—20 J.	Erkrankte 21—30 J.	erwerbsunf. 14—20 J.	Erkrankte 21—30 J.
Kaufleute	1079	59,1	55,1	21,1	21,0
Schneider	184	40,5	44,1	28,6	20,8
Schreiner	214	31,1	39,6	36,7	33,0
Schmiede, Schlosser	890	42,7	49,0	41,8	35,9
Maler, Lakierer	223	24,0	28,1	30,2	28,7
Buchdrucker	336	39,4	43,3	37,1	28,5
Bierbrauer	43	25,6	32,2	46,5	43,5
Fuhrleute, Kutscher	54	28,1	31,6	28,1	31,3
Alle Berufe	7423	42,1	40,7	30,0	28,7

Bei den erwerbsfähig Erkrankten haben die 14—20 Jahre alten keine höheren Ziffern, dagegen fast stets bei den erwerbsunfähig Erkrankten; am schlechtesten stellen sich die jungen Schneider, Schmiede, Schlosser und Buchdrucker, doch haben auch die jugendlichen Schreiner, Maler und Bierbrauer höhere Ziffern, bei den Kaufleuten und Kutschern ist dies dagegen nicht der Fall.

Sehr großes Material bietet die österreichische Statistik der Jahre 1891—95, in welcher für viele Berufsarten die Morbidität nach Altersklassen ermittelt ist. Die Ziffern sind teils für Genossenschaftskassen, in denen das Kleingewerbe vertreten ist, teils für Betriebskassen, die dem Großgewerbe entsprechen, berechnet. Die Mitgliederzahlen sind vom 16. Jahre an zur Berechnung von Verhältnisziffern genügend groß, im Alter von unter 15 Jahren dagegen manchmal recht klein, für diese Altersklasse sind daher die Mitgliederzahlen beigefügt. Zunächst geben wir die Ziffern für die Genossenschaftskassen.

	Beobachtete Personen unter 15 J.	Auf 100 Mitglieder Erkrankungen				
		unter 15 J.	16—20 J.	21—25 J.	26—30 J.	31—40 J.
Handlungsbedienstete	471	9,1	18,8	19,1	17,5	17,6
Metzger	179	16,8	28,5	30,2	30,2	30,1
Schneider	119	23,5	31,4	27,4	17,2	24,3
Schuhmacher	223	27,8	36,1	29,9	23,5	23,4
Drechsler	49	24,5	29,6	26,6	25,9	24,9
Buchbinder	68	50,0	35,5	29,5	25,7	25,5
Handschuhmacher	44	22,7	33,8	31,4	34,6	31,2
Gold- u. Silberarbeiter	8	12,5	35,0	32,7	25,2	28,3
Lederarbeiter	147	22,4	32,8	24,9	24,2	24,3
Bäcker, Zuckerbäcker	227	20,7	35,0	34,0	28,8	30,7
Schreiner, Wagner	66	47,0	33,9	28,6	28,3	29,9
Schlosser, Schmiede	350	27,7	41,1	38,8	36,4	32,8
Buchdrucker	26	57,7	47,3	39,6	36,9	36,3
Fuhrleute, Kutscher	9	33,3	21,6	32,6	38,4	41,0
Bauarbeiter	953	76,3	52,1	39,4	38,7	42,1

In Österreich haben die jugendlichen Gehilfen derselben Gewerbe, für die dies in Frankfurt nachgewiesen wurde, hohe Ziffern, außerdem bei mehreren Gewerben, die in Frankfurt wegen der kleinen Grundzahlen nicht in Betracht kommen konnten, bei den Schuhmachern, Buchbindern, Bäckern, Gold- und Silberarbeitern, Sattlern und Bauarbeitern. Wie in Frankfurt haben auch in Österreich die jungen Handlungsgehilfen und die Fuhrleute keine höheren oder nur wenig höhere Ziffern als die späteren Altersklassen, dasselbe findet sich in Österreich bei den Metzgern, Drechslern und Handschuhmachern.

Nach Rosenfeld teilen wir einen Teil der Ziffern für die Wiener Genossenschaftskassen mit und fügen zugleich die Zahlen für die Wiener Lehrlingskassen der Tabelle bei. Auf 100 Mitglieder kamen Erkrankungen bei den Genossenschaftskrankenkassen

	der Lehrlinge (1894—1902)	der Gehilfen (1892—1902)			
		unter 20 J.	21—25 J.	26—30 J.	31—40 J.
Schneider	9,4	44,3	32,6	19,5	19,3
Schuhmacher	20,8	33,4	29,3	24,7	26,2
Drechsler	28,2	25,3	23,3	29,8	30,8
Buchbinder	19,2	36,0	32,4	26,7	26,0
Handschuhmacher	14,5	—	25,7	22,6	22,8
Gold- u. Silberarbeiter	21,5	39,2	35,5	30,6	31,0
Sattler	13,5	29,0	28,1	22,1	22,7
Bäcker	20,7	27,9	31,4	30,4	26,4
Friseure	19,9	20,5	24,2	21,4	24,8
Posamentierer	23,4	29,6	21,1	18,9	25,5
Hutmacher	18,4	34,7	34,6	33,1	38,8
Schreiner	17,4	35,3	35,8	33,3	33,8
Zimmerleute	—	47,5	44,8	36,8	40,4
Glaser	10,4	31,5	27,5	32,1	32,6
Spengler	11,1	31,6	31,1	31,9	34,9
Maler	—	32,7	31,6	34,2	36,7
Mechaniker	—	42,6	35,5	32,4	37,2
Schlosser	39,3	47,5	46,0	39,8	38,8
Hufschmiede	19,9	35,9	30,4	31,4	33,2
Feinzeugschmiede	23,2	52,9	44,9	38,8	36,5
Buchdrucker	—	46,3	50,3	45,4	42,3
Lithographen	29,5	79,0	38,9	21,2	20,4

Im allgemeinen entsprechen auch diese Ergebnisse den bisher gewonnenen; die jungen Gehilfen haben hohe Ziffern bei den für Frankfurt und Österreich angeführten Gewerben und außerdem bei den Zimmerleuten, Posamentierern und Mechanikern, für welche dort keine Ziffern vorhanden sind. Kleine Ziffern vor dem 20. Jahre

haben wie dort die Drechsler,[1]) außerdem die Hutmacher, Friseure, Glaser und Spengler; ein Unterschied zeigt sich nur bei den Malern, die in Frankfurt vor dem 20. Lebensjahre eine höhere, in Wien eine kleinere Morbidität haben als in den späteren Altersklassen. Da sich somit aus allen drei statistischen Erhebungen dieselben Schlußfolgerungen ergeben, so ist als sicher anzunehmen, daß es nicht mangelhafte Aufnahmen sind, die diese vortäuschen, sondern daß sie auf tatsächlichen Verhältnissen beruhen.

In den bisher gegebenen Zahlen sind die Lehrlinge gewöhnlich nicht inbegriffen. In Deutschland werden sie beim Kleingewerbe meist in die Krankenpflegeversicherung aufgenommen, in Österreich bestehen eigene Lehrlingskassen.[2]) Da diese andere Bestimmungen haben als die Genossenschaftskassen für die Gehilfen, so können natürlich Vergleiche zwischen beiden Kassen nicht angestellt werden; die Ziffern für die Genossenschaftskrankenkassen der Lehrlinge in Wien sind in obiger Tabelle enthalten. In den großen Betrieben sind auch die Lehrlinge, die hier meist schon einen kleinen Tagesverdienst haben, in den Betriebskassen versichert, weshalb bei diesen auch die Mitglieder unter 15 Jahren sehr zahlreich sind und sichere Verhältniszahlen für letztere berechnet werden können.

Fabriken	Beobachtete Personen unter 15 J.	Auf 100 Mitglieder Erkrankungen				
		unter 15 J.	16—20 J.	21—25 J.	26—30 J.	31—40 J.
Textilarbeiter	21 425	45,3	42,2	38,6	35,5	34,6
Fabriken f. Bekleidung	310	50,6	42,0	39,0	38,1	40,2
Ton- u. Porzellanwaren	2 433	60,6	48,4	43,7	40,7	39,6
Zündholzfabriken . .	236	43,6	49,0	43,5	49,4	48,6
Ziegeleien, Zementfabr.	552	56,5	45,0	45,6	47,1	47,2
Buchdruckereien . . .	440	35,0	47,9	51,2	47,7	46,9
Lederfabriken	264	47,7	55,4	47,5	47,7	43,6
Holzwarenfabriken . .	875	44,6	50,5	45,1	47,6	51,7
Glasfabriken	3 729	69,1	56,0	58,4	61,6	56,5
Zuckerfabriken . . .	3 711	61,4	60,6	64,4	61,1	56,5
Papierfabriken . . .	1 202	69,1	64,1	61,1	58,9	58,7
Heizung u. Beleuchtung	78	47,4	71,6	65,3	58,2	58,5
Eisen- u. Metallwaren .	5 526	67,6	70,3	66,9	64,4	58,7
Brauereien, Brennereien	150	111,3	80,2	68,7	70,9	58,4
Eisenbahndienst . . .	1 403	90,8	75,8	64,4	63,3	63,9
Chemische Industrie .	484	87,4	100,2	86,8	79,0	70,6
Hüttenwerke	1 305	86,1	93,1	94,1	90,8	78,5

[1]) Bei der Lehrlingskasse haben die Drechsler hohe Morbiditätsziffern. Vgl. Rosenfeld a. a. O. S. 900.

[2]) Rosenfeld a. a. O. S. 901.

In den Betriebskassen sind die Erkrankungsziffern beträchtlich höher als beim Kleingewerbe; die Ursachen hiervon habe ich an anderer Stelle auseinandergesetzt. Die Ziffern für die österreichischen Betriebskassen aus den Jahren 1891—95 finden sich in der vorstehenden Tabelle.

Fast bei allen Fabrikationszweigen ist die jüngste Altersklasse sehr hoch belastet, Ausnahmen machen nur die Zündholz-, Zucker- und Holzwarenfabriken und die großen Buchdruckereien. Sehr bedeutend ist die Morbidität der jungen Gehilfen bei den großen Bierbrauereien, in den Ton- und Porzellanwarenfabriken, beim Eisenbahndienst und in der chemischen Industrie. Am größten ist der Unterschied in den Brauereien; die bedeutende Höhe der jugendlichen Arbeiter bei denselben beruht nicht auf Zufall, wir finden sie z. B. auch bei den Krankenkassen der Bezirkshauptmannschaft Pilsen; dort kamen 1898—99 auf 100 Kassenmitglieder Erkrankungen[1])

beim Alter von	1898	1899
15—20 Jahren	145,0	165,5
20—40 „	44,4	68,2
40—60 „	55,4	72,7

Der Einwand ist naheliegend, daß die hohen Morbiditätsziffern in den ersten Jahren der Berufstätigkeit nicht sowohl auf den Einfluß des Berufs als darauf zurückzuführen seien, daß gewisse Berufe von schwächlichen Leuten besonders gerne ergriffen werden. Einen zahlenmäßigen Ausdruck für die körperliche Entwicklung der Berufsangehörigen gibt der Grad ihrer Militärtauglichkeit. Wie meist, so fehlen solche Feststellungen auch in Österreich. Daher sind in der folgenden Tabelle die Ergebnisse der Schweizer Rekrutierungsstatistik aus den Jahren 1885—91 benützt;[2]) im allgemeinen wird ja das gegenseitige Verhältnis der Berufsarten in dieser Hinsicht in der Schweiz und in Österreich nicht sehr verschieden sein. Man erhält so die folgende Gegenüberstellung:

(Siehe Tabelle auf folgender Seite.)

Aus dieser Zusammenstellung geht mit Sicherheit hervor, daß die hohe Morbidität der jungen Gehilfen in manchen Berufen nicht

---

[1]) J. Pelc, Bericht über die sanitären Verhältnisse und Einrichtungen im Kgr. Böhmen 1899—1901. Prag 1903, S. 73.

[2]) O. Heer, Beitrag zur Kenntnis der Rekrutierungsverhältnisse der landwirtschaftlichen und industriellen Bevölkerung der Schweiz. Schaffhausen 1897. — Prinzing, Handbuch der med. Statistik, 1906. S. 242f.

Auf 100 definitiv beurteilte Stellungspflichtige sind tauglich	Die Morbidität ist bei jungen Arbeitern	
	höher als bei den älteren	nicht höher als b. d. älteren
weniger als 50	Schneider	Friseure
50—55	Textilarbeiter	—
55—60	Schuhmacher, Buchbinder	—
60—65	Buchdrucker	Maler, Spengler, Kaufleute
65—70	Maurer, Bäcker, Schreiner	Glaser
70—75	Zimmerleute, Schlosser, Mechaniker, Schmiede, Eisenbahndienst	Metzger, Fuhrleute

davon herrührt, daß diesen mit Vorliebe schwächliche Personen sich zuwenden; sie findet sich auch in vielen Gewerben, deren Angehörige eine sehr hohe Militärtauglichkeit aufweisen, also eine gute körperliche Beschaffenheit in den Beruf mitbringen.

Die Ursachen der hohen Morbidität der Lehrlinge und jungen Gehilfen sind zweierlei Art:

1. Unerfahrenheit und Ungeschicklichkeit,
2. ungenügende körperliche Entwicklung und Mangel an Widerstandskraft.

Unerfahrenheit und Ungeschicklichkeit sind die Ursachen der zahlreichen kleinen Verletzungen junger Arbeiter bei vielen Berufen (Maurer, Zimmerleute, Schlosser, Mechaniker, Schmiede, Hüttenwerke, Eisenbahndienst u. a.) und mancher Erkrankungen durch Berufsschädlichkeiten, die schon bald zur Wirkung kommen und gegen die sich erfahrene Arbeiter eher zu schützen wissen; solche sind scharfe Gase und Wasserdampf (in chemischen Fabriken, Fabriken für Heizung und Beleuchtung, Textilfabriken) oder gefährliche Staubarten (Glas-, Ton- und Porzellan-, Textilfabriken, schlecht eingerichtete Buchdruckereien).

Viele Lehrlinge und junge Gehilfen sind noch nicht genügend entwickelt, um den Anforderungen, die an sie gestellt werden, vollauf genügen zu können, so daß sie in den ersten Jahren ihrer Berufstätigkeit an Übermüdung leiden, besonders wird dies durch lange Arbeitszeit, unvollkommene Nachtruhe (Bäcker, Kellner), dauerndes Stehen (Plattfuß, Xbeine) befördert. Werden die Lehrlinge und jungen Gehilfen gleich zu schwerer Arbeit herangezogen, so zeigen sich die gewöhnlichen Folgen der Überanstrengung (Muskelschmerzen, Herzklopfen). Sehr gering ist die Widerstands-

kraft vieler jungen Arbeiter, so daß sie sehr zu Erkältungen (Katarrhen, Angina) disponiert sind; Frostbeulen werden bei jungen Leuten viel mehr beobachtet als bei älteren. Daß sehr junge Arbeiter im Erkrankungsfalle eher zu Hause bleiben, wurde schon eingangs erwähnt.

Endlich wären noch die allgemeinen Lebensverhältnisse zu erwähnen. Die Schlafstellen der Lehrlinge und jungen Gehilfen sind oft sehr ungesund, dies spricht sich z. B. in der Häufigkeit der Krätze aus, die in Frankfurt und in Wien, wie gleich nachher gezeigt werden soll, bei ihnen häufiger als bei älteren Arbeitern beobachtet wird. Tausende von Lehrlingen in den Städten haben keine Verwandte und sind allein auf das, was sie in der Familie des Meisters erhalten, angewiesen, so daß nicht selten die Ernährung ungenügend ist. Andererseits treiben sich die Lehrlinge und jungen Gehilfen, wenn sie weder bei ihren Eltern noch Meistern wohnen, sehr oft abends in den Kneipen herum, wodurch sie teils wegen des ungenügenden Schlafes, teils durch übermäßiges Biertrinken und Rauchen und selbst durch zu frühzeitigen Geschlechtsverkehr ihrer Gesundheit schweren Schaden zufügen.

Die letzteren Schädlichkeiten kommen in den großen Städten viel mehr in Betracht als auf dem Lande und in Kleinstädten, wobei noch hinzukommt, daß die Landbewohner mit 15 Jahren körperlich mehr entwickelt sind als die Stadtbewohner, daß die Arbeitszeit in den Städten meist länger ist und daß die Arbeitsräume auf dem Lande vor den städtischen verschiedene Vorzüge haben. Lehrlinge und junge Gehilfen zeigen daher in den Großstädten eine viel größere Erhöhung der Morbidität als in Kleinstädten und auf dem Lande. Bei dem Mangel einer Morbiditätsstatistik der Krankenkassen auf dem Lande stehen mir hierfür keine direkten Beobachtungen zu Gebote, doch geht es aus einem Vergleich der Erkrankungsziffern der Genossenschaftskassen Wiens (1892—1902) und der von ganz Österreich (1891—95) deutlich hervor. Leider beziehen sich die Ziffern nicht auf die gleichen Perioden. Auf 100 Mitglieder kamen Erkrankungen bei den Genossenschaftskrankenkassen

beim Alter von	in Wien	in Österreich
unter 15 Jahren	46,2	37,7
16—20 "	38,8	29,7
21—25 "	33,1	26,3
26—30 "	29,5	25,8
31—35 "	30,0	28,2
36—40 "	32,9	31,1

Während nach dem 30. Lebensjahre sich fast kein Unterschied mehr zeigt, ist die Morbidität in Wien vorher, besonders vor dem 20. Jahre, ganz erheblich höher als bei den Genossenschaftskassen ganz Österreichs.

Um ein genaues Bild von der Morbidität der Lehrlinge und jungen Gehilfen zu erhalten, wäre eine Kenntnis der Art der Erkrankung nötig. Leider wird diese fast stets, auch bei den Wiener Kassen, ohne Unterscheidung nach dem Alter mitgeteilt; eine Trennung nach Beruf, Alter und Art der Erkrankung ist meines Wissens überhaupt noch nie vorgenommen worden. Die Ursache liegt darin, daß selbst die Zahlen sehr großer Kassen bei dieser reichen Gliederung zu klein werden. Bleicher hat für die Gesamtzahl der Mitglieder der Frankfurter Ortskrankenkassen für 1896 eine Trennung nach Alter und Art der Krankheit vorgenommen; die in der folgenden Tabelle mitgeteilten Ziffern beziehen sich auf die Erkrankungen mit und ohne Erwerbsfähigkeit. Auf 100 Mitglieder jeden Alters kommen Erkrankungen an[1])

	14—20 J.	21—30 J.	31—40 J.
Infektionskrankheiten	4,6	4,2	5,8
Syphilis	3,1	5,8	2,6
Anämie, Chlorose	1,1	0,6	0,5
Andere allgemeine Krankheiten	1,6	1,5	1,2
Erkrankungen des Nervensystems	2,5	3,3	3,8
„ „ Herz- und Gefäßsystems	1,8	2,0	2,3
Angina	5,3	4,4	3,4
Erkrankungen der Atmungsorgane	11,9	13,4	15,9
„ „ Zähne	9,4	6,4	4,9
„ „ Verdauungsorgane	7,8	10,2	15,0
„ „ Harn- u. Geschlechtsorgane	2,2	4,0	2,3
„ „ Bewegungsorgane	8,7	8,7	13,7
„ „ Augen	8,3	6,6	5,7
„ „ Ohren	2,3	1,9	1,7
Chronische Hautausschläge	3,9	3,2	2,3
Geschwüre und Abszesse	4,2	3,3	3,4
Krätze	1,2	1,0	0,3
Andere Hautkrankheiten	7,7	5,6	4,7
Unfall, Verletzung	13,1	14,6	12,3
Ohne Angabe	0,8	1,0	1,7
Überhaupt	101,5	101,7	103,5

Die Krankheiten, die danach bei den jungen Arbeitern häufiger auftreten als im späteren Lebensalter, sind die Allgemeinkrank-

[1]) F. Prinzing, Die Erkrankungshäufigkeit nach Geschlecht und Alter. Ztschr. f. Hyg. u. Inf., Bd. 42, 1903, S. 479 ff.

heiten (besonders Blutarmut und Syphilis), Angina, Zahnleiden, Krankheiten der Augen und Ohren und die Krankheiten der Haut, wobei zu bemerken ist, daß die zu dieser Rubrik gezogenen Geschwüre sehr häufig Frostbeulen oder Folgen von Verletzungen (Panaritien) sind.

Auch für die Lehrlingskassen in Wien wird die Art der Erkrankung mitgeteilt; sie lassen sich aber mit den Genossenschaftskassen der Gehilfen nicht ohne weiteres vergleichen, da die Bestimmungen der beiden Kassen verschieden sind und zweifellos bei den Lehrlingen leichte Fälle, die bei den Gehilfen zur Anzeige kommen, nicht zur Anmeldung gebracht werden, auch gelten die Ziffern für beide Geschlechter zusammen. Es seien nach Rosenfeld von den häufig vorkommenden Erkrankungen die angeführt, die bei den Lehrlingen mit höheren Zahlen als bei der Gesamtzahl der Gehilfen vertreten sind. Auf 10000 Mitglieder kamen mit Arbeitsunfähigkeit verbundene Erkrankungen[1])

	Lehrlinge	Gehilfen
Scharlach	8	3
Masern	7	3
Blutarmut	32	32
Lungenentzündung	39	33
Augenkrankheiten	68	66
Kontagiöse Bindehautentzündung	14	10
Krankheiten der Nase u. des Kehlkopfs	49	30
Krätze	62	30
Wunden	150	147
Deformitäten	11	7

In Frankfurt und Wien sind demnach ungefähr dieselben Krankheiten bei den jungen Arbeitern häufiger, zugleich bestätigen die statistischen Angaben das, was oben über die Ursachen der hohen Morbidität der Lehrlinge und jungen Gehilfen gesagt wurde.

Von diesen Ursachen lassen sich manche beseitigen; hiezu kann teils der einzelne, teils die Regierung beitragen.

Nur bei strengen und gewissenhaften Lehrmeistern können die Jungen ihren Beruf ordentlich erlernen; man sieht daher, daß gerade diese Meister von den Eltern für ihre Kinder gesucht sind. Selbst auf die Gefahr hin, daß der Meister, bei dem viel gelernt wird, nicht so sehr gewissenhaft ist und die Kinder ausnützt, erhält

[1]) Rosenfeld a. a. O., Bd. XI, 1906, S. 57.

er doch reichen Nachschub an Lehrlingen. Von großer Wichtigkeit ist es, daß die Eltern für ihre Söhne solche Berufe auswählen, zu denen ihre Körperkräfte ausreichen; ein Vorzug ist es, wenn die Söhne, die einen an die Körperkräfte große Anforderung stellenden Beruf ergreifen wollen, bei etwas mangelhafter Entwicklung erst ein Jahr später in die Lehre gebracht werden; ein vernünftiger Meister versteht es übrigens auch da zu individualisieren und wird nicht kräftige und weniger kräftige Lehrlinge mit demselben Arbeitsmaß belasten.

Die Schwierigkeiten wachsen, wenn der Junge nicht am Wohnort der Eltern in die Lehre gebracht werden kann. Es wird immer weniger Brauch, daß der Lehrling bei seinem Meister Kost und Wohnung erhält. Wo letzteres der Fall ist, müssen die Behörden dafür sorgen, daß den Lehrlingen gesunde Schlafräume zugewiesen werden; meist hat hier schon die von den Eltern vorgenommene Auslese die beste Wirkung. Wohnt der Lehrling nicht beim Meister und können ihn die Eltern nicht bei Verwandten oder Freunden unterbringen, so ist Kost und Wohnung oft mangelhaft, ganz abgesehen von den sittlichen Gefahren, die dann den Jungen in den Städten drohen. Durch Gründung von Lehrlings- und Jünglingsheimen kann dem am besten abgeholfen werden.

Der Staat hat die Pflicht, der Ausnützung der Lehrlinge und jungen Arbeiter durch den Meister bzw. Fabrikanten vorzubeugen; die Ausnutzung kann entweder in überlanger Arbeitszeit bestehen oder darin, daß dem Lehrling ungesunde Arbeit zugemutet wird, welche zu übernehmen ältere Arbeiter sich weigern. In Deutschland regelt die Gewerbeordnung das Verhältnis zwischen Lehrherrn und Lehrling; die Grundlage bildet § 127: „Der Lehrherr hat dafür Sorge zu tragen, daß den Lehrlingen nicht Arbeitsverrichtungen zugewiesen werden, welche seinen körperlichen Kräften nicht angemessen sind.“ Außerdem gibt § 120a der Gewerbeordnung den Behörden die Möglichkeit, junge Arbeiter von gesundheitsgefährlichen Betrieben auszuschließen. Für manche gefährliche Gewerbe wurden besondere Bestimmungen vom Bundesrat erlassen, die stets zugleich das Lehrlingswesen bei diesen regeln, so z. B. für die Bäcker am 4. März 1896, für die Müller am 26. April 1899, für die Kellner am 23. Januar 1902, für die Konfektionsindustrie am 17. Februar 1904, für die Maler und Anstreicher am 27. Juni 1905. Die Verwendung von Arbeitern von 14—16 Jahren in Fabriken ist durch § 135 der Gewerbeordnung geregelt; außerdem bestehen für eine

sehr große Anzahl von besonders gefährlichen Betrieben eigene Bestimmungen, so für Bergbau, Hüttenwerke, Bleifarben-, Zigarren-, Glas-, Zichorien-, Textilfabriken, Ziegeleien und manche andere. Der Zwang zum Besuch der Fortbildungsschule ist durchaus berechtigt; daß die obligatorischen Schulstunden in die normale Arbeitszeit eingefügt und nicht spät abends angesetzt werden sollen, bedarf für den, der mit den Verhältnissen nur ein wenig vertraut ist, keiner Begründung.

Auf den ersten Blick erregt es Befremden, wenn wir sehen, daß in Deutschland, das doch in vielem, was soziale Fürsorge und Arbeiterschutz betrifft, tonangebend ist, das Lehrlingswesen nicht einheitlich geregelt ist; daß § 127 Gew.-O. nicht als solche Regelung angesehen werden kann, beweisen ja die Sonderbestimmungen, die für manche Gewerbe getroffen wurden. Dies hängt mit der ganzen Entwicklung unserer Arbeitergesetzgebung zusammen, die sich mit den gefährlichsten Betrieben zuerst befaßte, dann Schritt für Schritt auf andere Betriebe sich ausdehnte. Daß die Materie endlich einmal durch ein einheitliches Gesetz geregelt werden muß, das alle Berufe umfaßt, und nicht nur diejenigen, deren Gefährlichkeit durch politische Parteien, Fachvereine u. a. ans Tageslicht gezogen wurde, darüber besteht wohl auch in Regierungskreisen kein Zweifel, und daß auch eine einheitliche Regelung des Lehrlingswesens möglich ist, beweisen die Lehrlingsgesetze der Kantone Zürich und Bern. Einzelbestimmungen eines solchen Gesetzes zu besprechen, gehört nicht in den Rahmen dieser Arbeit; nur das eine möchte ich jedem, der sich mit der Frage befaßt, ans Herz legen: mit der Beschränkung der Arbeitszeit allein ist es nicht getan, es muß zugleich, sei es vom Staat, sei es von den Gemeinden, für Räume gesorgt werden, in denen die Lehrlinge und jungen Gehilfen, die keinen Familienanschluß haben, außerhalb der Arbeitsstunden sich aufhalten können.

Leider steht uns außer der Frankfurter Statistik in Deutschland kein Material über die Morbidität junger Arbeiter zu Gebote. Die Untersuchungen, die von Reichs wegen zur Klarlegung ungünstiger Einwirkungen eines Gewerbes, einer Industrie angestellt werden, geschehen daher immer auf dem Wege der Enquete. Unbedingt sicherer wäre der Weg einer fortlaufenden Erkrankungsstatistik. Die Anwendung des § 127 Gew.-O. kann doch erst dann in Frage kommen, wenn nachgewiesen ist, daß die Arbeit über die Kräfte des Lehrlings geht. Dies geschieht in viel zweckmäßigerer Weise dadurch, daß regelmäßig statistische Erhebungen über die

Häufigkeit der Erkrankungen gemacht werden, als wenn gelegentlich einer Enquete besonders krasse Beispiele gewissenloser Prinzipale hervorgezogen werden, die geeignet sind, ein ganzes Gewerbe zu diskreditieren. Wir können daher nur dringend die Einführung einer Morbiditätsstatistik bei den Krankenkassen mit Unterscheidung von Altersklassen befürworten, aus der man, wenn sie in richtiger Weise benutzt wird, jederzeit erfahren kann, ob Abhilfe nötig ist und ob etwa getroffene Maßnahmen die gewünschte Abhilfe gebracht haben.

Der Ausbau der Arbeiterversicherung in Österreich.

Von Siegmund Kaff, Wien.

Der frühere Ministerpräsident Körber hat am 9. Dezember 1904 im Abgeordnetenhause ein Programm für die Reform und den Ausbau der Arbeiterversicherung in Österreich vorgelegt und damit ein Versprechen der Regierung eingelöst, dessen Erfüllung schon in der Thronrede vom Jahre 1900 zugesagt worden war. Das Progamm hat die Form eines vollständig ausgearbeiteten Gesetzentwurfes und unterliegt nunmehr der Kritik der Interessenten. Bisher haben sich hauptsächlich die Arbeiter zum Wort gemeldet. Doch rühren die Klagen, welche über die Mängel der geltenden Gesetzgebung erhoben wurden nicht bloß von diesen, sondern auch von den Unternehmern her. Letzteren hat insbesondere das Unfallversicherungsgesetz seit seinem Bestande Anlaß zu lebhaft vorgebrachten Beschwerden gegeben, die sich hauptsächlich auf das Deckungssystem bezogen, dem eine zu starke Belastung der Industrie nachgesagt wurde. Später kam man allerdings zur Überzeugung, daß ein Ersatz des geltenden Kapitaldeckungssystems durch das sogenannte Umlageverfahren kaum den erwarteten Effekt einer wesentlichen Entlastung der Industrie haben dürfte; um so mehr wurden dann andere Mängel des Gesetzes in den Vordergrund geschoben: die Begünstigung der Landwirtschaft, für deren Unfälle die Industrie zum Teil aufkommen müsse; die ungleichmäßige Verteilung der Versicherungslasten, hervorgerufen durch die willkürliche Einreihung der Betriebe in hohe Gefahrenklassen; das territoriale Organisationssystem, welches starke und schwache Industrien zusammenkopple; die großen Regien der Versicherungsanstalten; der bureaukratische Apparat derselben. Von seiten der Arbeiter wurde insbesondere über die Unzulänglichkeit der

Leistungen Klage geführt, den geringen Umfang der Versicherungspflicht, das umständliche Rechtsverfahren, den Mangel einer Unfallverhütung und das Fehlen eines organischen Zusammenhanges mit den Krankenkassen.

Weniger leidenschaftlich war die Beschwerdeführung hinsichtlich der Krankenversicherung. Doch machten sich auch hier frühzeitig zahlreiche große Mängel bemerkbar, unter welchen freilich vorwiegend die Versicherten allein zu leiden hatten. Die meisten dieser Mängel lassen sich auf die starke Zersplitterung der Organisationsformen und den geringen Umkreis der Versicherungspflicht reduzieren.

Da die Wünsche nach einer durchgreifenden Reform sowohl des Unfall- als des Krankenversicherungsgesetzes allseitig erhoben wurden, entschloß sich die Regierung zur Abhaltung mündlicher Expertisen, welchen schriftliche Umfragen bei den Interessenten vorausgingen. Ende 1895 beschäftigte sich der durch Experten verstärkte Versicherungsbeirat mit der Beratung der wünschenswerten Abänderungen des Unfallversicherungsgesetzes. Im Frühjahre 1897 folgte sodann die vom Ministerium des Innern veranstaltete Enquete über die Reform des Krankenversicherungsgesetzes. Vor- und nachher beschäftigten sich zahlreiche Kongresse der Unternehmer aller Kategorien sowie der Arbeiter mit der gleichen Angelegenheit, so daß man die Reformfrage als eine wohldiskutierte bezeichnen konnte und in der Lage war, eine Übersicht über die Bestrebungen auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung zu gewinnen. Insbesondere in Arbeiterkreisen wurde die Materie sehr eingehend erörtert und auf den Krankenkassentagen (1896, 1904, 1905) das Thema bis in die kleinsten Details zergliedert.

Es ist nun vor allem nötig, den Standpunkt der Interessenten kennen zu lernen, der sich in den Beschlüssen der Enquete und der erwähnten Kassentage am deutlichsten ausprägt. Hinsichtlich der Unfallversicherung sprach sich die Enquete vom Jahre 1895 im wesentlichen für folgende Reformen aus: Ausdehnung der Versicherungspflicht auf breitester Basis unter Ausschluß von Ausnahmen, ferner für die selbständige Organisation der land- und forstwirtschaftlichen Betriebe, für die verbesserte Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes und der Naturalbezüge, die Erhöhung der Renten bei totaler Invalidität, Einführung von Minimalrenten, die Aufhebung der Karenzzeit, die Festsetzung eines Minimums und Maximums für die Beerdigungskosten, die größere Berücksichtigung für Aszendenten und Deszendenten, für die Beibehaltung des Kapital-

deckungsverfahrens, eine Beitragsleistung des Staates, die Förderung der Unfallverhütung durch Einreihung gefährlicher Betriebe in höhere Gefahrenklassen, die Beseitigung des zehnprozentigen Arbeiterbeitrags, die Aufhebung des gemeinsamen Reservefonds. Einhebung von Verzugszinsen für rückständige Beiträge, Einführung des Lohnlistenzwanges, Berechtigung der Anstalten zum Zwecke der Unfallverhütung Aufwendungen zu machen, Einflußnahme auf das Heilverfahren, Erweiterung des Begriffes Betriebsunfall, Verbesserung des Verfahrens bei der Unfallmeldung und Unfallserhebung, sowie bei der Rentenliquidierung, Einsetzung einer schiedsgerichtlichen Berufungsinstanz, verbesserte Definition des Schadensbegriffes, Aufhebung der Unternehmerhaftpflicht, Errichtung eines Reichsversicherungsamtes, Konstituierung von berufsgenossenschaftlichen Fachabteilungen innerhalb der Territorialabteilungen und für eine Verbandsorganisation.

Bezüglich der Krankenversicherung gelangten anläßlich der Enquete 1897 hauptsächlich nachstehende Wünsche zum Ausdruck: Erweiterung der Versicherungspflicht (insbesondere Einbeziehung der land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter), der Hausindustriellen und Heimarbeiter, der Dienstboten, der bei öffentlichen Korporationen Angestellten, der Kleingewerbetreibenden und Kleinbauern, Zentralisation der Krankenkassen unter Beseitigung der verschiedenen Kategorien, Verbesserung der Verbandsorganisation des Meldewesens, Erweiterung der Kassenleistungen insbesondere hinsichtlich der Dauer und Höhe; Beseitigung der Karenzfrist, größere Berücksichtigung der Familien kranker Kassenmitglieder und der Arbeitslosen; Herabsetzung der Maximalhöhe des anzusammelnden Reservefonds, Erleichterung der freiwilligen Versicherung, Zulassung der Doppelversicherung, Verbesserung des Wahlverfahrens. Entlastung der Kassen von den Kosten der Betriebsunfälle und (seitens der Arbeiterdelegierten auch der) Spitalspflege.

Selbstverständlich sind diese Wünsche, welche zumeist durch Majoritätsbeschlüsse produziert wurden, nur zum Teil der Ausdruck der Bestrebungen seitens der verschiedenen Interessentengruppen Das kritische Moment überwog so sehr, daß dadurch zwar eine Klärung, keineswegs aber eine Lösung des Problems in allen Details vorbereitet wurde. Auch die von einzelnen Korporationen wie z. B. der Wiener Arbeiter-Unfallversicherungsanstalt, dem niederösterreichischen Gewerbeverein, den Handelskammern und den verschiedenen industriellen Organisationen ausgehenden Denkschriften und Gutachten bewegen sich vorwiegend nach der nega-

tiven Richtung. Es handelt sich mehr um die Abwehr und Beseitigung von Übelständen, als um positive Beiträge und Vorschläge zur Reform. Deutlicher ausgesprochen und begründet sind die von den Arbeitern auf den sogenannten Kassentagen beschlossenen Forderungen.

Insbesondere der zuletzt (1905) abgehaltene Kassentag formulierte die Wünsche der Arbeiterschaft hinsichtlich der Reform der bestehenden Gesetzgebung in präziser Weise. Seine Forderungen bezüglich der Unfall- und Krankenversicherung lassen sich wie folgt zusammenfassen: Neben einer ausreichenden Unfallverhütung wurde die Erweiterung des Kreises der Versicherung mit Einbeziehung der Landwirtschaft, der Seeschiffahrt, des Handwerks, der Hausindustriellen usw., Individualversicherung, Lohnlistenzwang, strafgerichtliche Verfolgung bei Hinterziehung von Beiträgen, Beseitigung des Defizits im Wege der Amortisation durch die Unternehmer, die es verschuldet haben, Übernahme der Gewerbeinspektionskosten, des Aufwandes für Unfallverhütung, der Portoauslagen, sowie der Kosten der Statistik durch den Staat, Erweiterung des Begriffes Betriebsunfall, Erhöhung des Rentenausmaßes eventuell Erweiterung der Haftpflicht der Unternehmer, Zugrundelegung des wirklichen Jahresarbeitsverdienstes, Festsetzung von Minimalrenten für Personen, die einen Lohn von weniger als 700 Kronen beziehen, für Lehrlinge, Praktikanten und noch nicht ausgebildete Personen überhaupt — in letzterem Falle mit entsprechender Steigerung der Rente bei zunehmendem Alter, Wegfall der Abfertigung. Ähnlich lauten die Wünsche hinsichtlich der Krankenversicherung. Sie decken sich im wesentlichen mit den Beschlüssen des ersten und zweiten Kassentages, wonach die obligatorische Versicherung auf alle im Lohn- und Gehaltsbezug stehenden Personen, auch auf Kleingewerbetreibende, welche nur mit Lehrlingen oder mit ein oder zwei Gehilfen, sowie auch auf kleinbäuerliche Unternehmer, welche nur mit ihren Angehörigen arbeiten, und endlich auf die Hausindustrie ausgedehnt, das Krankengeld bis zur Höhe von 100 Proz. des unter Einfluß der Versicherten festzusetzenden Lohnes erhöht und die Unterstützungsdauer bis zu einem Jahre verlängert, den Arbeitslosen der Anspruch durch 10 Wochen gewahrt, den Wöchnerinnen die Unterstützung durch 6 Wochen geleistet, die Spitalspflege unentgeltlich, Rekonvaleszenten- und Angehörigenversicherung zulässig, Ärzte und Apothekerwesen verstaatlicht werden sollen. Sehr weitgehend sind auch die Wünsche hinsichtlich der Organisation der Versicherung. Außer der allseitig ge-

forderten Lostrennung der Bezirkskrankenkassenverbände von den Unfallversicherungsanstalten wurde verlangt: die Beseitigung der verschiedenen Kassenkategorien und ihr Ersatz durch eine Kassentype, welcher neben der Entschädigung in Fällen vorübergehender Erwerbsunfähigkeit, Maßnahmen der Unfall- und Krankheitsverhütung und zu diesem Zweck auch das Recht der Überwachung der versicherten Betriebe zugewiesen werden sollen. Den territorial zu organisierenden Kassenverbänden wäre die Unfall-, Invaliditäts- und Altersversicherung, sowie die Witwen- und Waisenversicherung zur Durchführung zu übergeben. Ein Reichsverband mit einem Reichsversicherungsamte hätte für die Rückversicherung und einheitliche Durchführung des ganzen Versicherungswesens Sorge zu tragen. Den Verbänden würde überdies obliegen: Die Vertretung der gemeinsamen Kasseninteressen, die Kontrolle der Einrichtung und der Gebahrung der Kasse, die Mitwirkung bei Abschluß von Verträgen mit Ärzten, Apotheken und Heilanstalten usw., die Leistung von Rechtsschutz, die Retaxierung der Medikamentenrechnungen und die Beschaffung von gemeinsamen Bezugsquellen von Verbandszeug und therapeutischen Behelfen, der Abschluß von Verträgen mit Kurorten und Badeanstalten, die Regelung der Rekonvaleszenten- und Tuberkulosenheilpflege. Im Zusammenhange mit der Organisationsfrage verlangen die Kassentage die Einführung des allgemeinen, gleichen und direkten Wahlrechtes für die Versicherten aller Kassen und die Verbesserung des verwaltungsrecht- sowie des schiedsgerichtlichen Verfahrens und der Behördenorganisation durch Errichtung eines Reichsversicherungsamtes, welches aus Arbeitern, Unternehmern und richterlichen Funktionären zusammengesetzt, die Rechtssprechung und Entscheidung in allen administrativen Fragen übernehmen soll an Stelle des Verwaltungsgerichtshofes und jener Ressorts bei den Zentralstellen, die heute mit Agenden der Arbeiterversicherung befaßt sind, während in den unteren Instanzen durch Beistellung eigener Organe für die Aufgaben der Arbeiterversicherung Vorsorge getroffen werden sollte.

Im allgemeinen ist die Haltung des Kassentages gegenüber dem Programm eine schroff ablehnende und zwar aus vier Hauptgründen: wegen der Überwälzung eines Teiles der Unfallslasten auf die Krankenkassen, der unzulänglich befundenen Reorganisation der letzteren und der Herabsetzung der Leistungen in der Unfall- und Krankenversicherung, insbesondere aber wegen der Einschränkung des Selbstverwaltungsrechtes der Arbeiter. Als sonstige

Mängel des Programms werden hingestellt: die unbefriedigende Erweiterung des Kreises der Versicherungspflichtigen, der Mangel einer Witwen- und Waisenversicherung, die geringe Zahl der Lohnklassen, die langen Wartefristen, sowie der Ausschluß der unter 16 und über 60 Jahre alten Personen von der Invaliditätsversicherung und die Bureaukratisierung des ganzen Verwaltungsapparates.

Noch ziemlich unklar und widerspruchsvoll ist die Haltung der Industrie. Weder liegen seitens ihrer Verbände noch seitens der Handelskammern genügend motivierte umfangreiche Gutachten vor, die erkennen ließen, wie sich die Industrie im einzelnen zu den Reformfragen der Arbeiterversicherung, welche das Regierungsprogramm aufgerollt hat, stellt. Was an Äußerungen bekannt geworden ist, deutet darauf hin, daß die Industrie vor allem einen Aufschub der Reform wünscht, soweit es sich um die Einführung der Invaliditäts- und Altersversicherung handelt. Als dringlich wird bloß die Reform oder richtiger die Beseitigung der Unfallversicherung erklärt, während man im übrigen der Reform der Arbeiterversicherung prinzipiell zustimmt, ohne jedoch die Grundbestimmungen des Regierungsprogramms zu akzeptieren. In diesem Sinne äußerten sich zuletzt: der „Bund österreichischer Industrieller“ und der „Zentralverband der Industriellen Österreichs“ auf seinem letzten Verbandstage vom 3. Dezember d. J., wobei nicht zu verkennen ist, daß zwischen den Vertretern der Großindustrie und jenen der kleineren und mittleren Betriebe eine Differenz in der Auffassung besteht, insofern als die letzteren einer Ergänzung der Arbeiterversicherung weit schärfer opponieren als die ersteren.

Was die Reform außerordentlich erschwert, ist nicht bloß der Umstand, daß die Materien des Arbeiterversicherungsrechtes ungleichmäßig ausgebildet sind und daß die Ansprüche an die Reform je nach der wirtschaftlichen Klassenzugehörigkeit eine verschiedene ist, sondern auch daß die historische Rechtsbildung eine verschiedene Bewertung der einzelnen Grundsätze herbeigeführt hat. Es ist deshalb notwendig, auch einen kurzen Rückblick auf die Entwicklung der Gesetzgebung zu werfen. Als erste gesetzliche Grundlage für die Entstehung von Assoziationen zum Zwecke der sozialen Fürsorge ist das Vereinspatent vom Jahre 1852 zu betrachten, welches jedoch in der Praxis sowohl wegen seiner ungünstigen Bestimmungen als insbesondere infolge der assoziationsfeindlichen Handhabung seitens der Behörden nur in ganz wenigen

Ausnahmefällen benutzt worden ist. Weitaus günstiger war das Vereinsgesetz vom Jahre 1867, welches zahlreichen Hilfsorganisationen der Arbeiterschaft — sowohl den Gewerkvereinen als auch den Unterstützungskassen derselben — als legale Grundlage diente. Als im Jahre 1880 die Regierung daranging, die Staatsaufsicht über die Assekurranzinstitute zu regeln (durch das sog. Versicherungsregulativ vom 18. August 1880, RGBl. Nr. 110), versuchte die Regierung, die Unterstützungsvereine der Arbeiter, die sich auf Grund des 67er Gesetzes konstituiert hatten, im Sinne des § 2 dieses Gesetzes — wonach Vereine, welche Versicherungsgeschäfte betreiben, dem 52er Patent unterstellt werden sollen — die bisher als Wohltätigkeitsvereine behandelten Unterstützungskassen der Arbeiter von dem die Staatsaufsicht entbehrlich machenden 67er Gesetze abzudrängen. Es gelang ihr dies auch hinsichtlich jener Vereinigungen, die ausschließlich zur Unterstützung in Krankheits- und Invaliditätsfällen gegründet worden waren, während die sog. gewerkschaftlichen Fachvereine mit ihren Unterstützungseinrichtungen bis in die jüngste Zeit (November 1902) von dieser Auffassung verschont blieben. Wenngleich nun zugegeben werden muß, daß das 67er Gesetz für die Regelung des Unterstützungswesens sich nicht eignet, so muß doch andererseits darauf hingewiesen werden, daß auch das 52er Patent für diese Zwecke nichts weniger als tauglich war, weil es bloß die auf kapitalistischer Grundlage gewerbsmäßig betriebenen Versicherungen im Auge hatte. Dieser Zustand war um so bedauerlicher, als auch die ältere Gewerbeordnung vom Jahre 1859 weder hinsichtlich des Obligatoriums der Gewerbsinhaber, noch hinsichtlich der Art der Unterstützungseinrichtungen eine klare Rechtslage schuf. Bloß das Haftpflichtgesetz vom Jahre 1869 fixierte für die Eisenbahnbediensteten einen wirklichen Rechtsanspruch bei Verunglückungen und legte den Bahnen eine Ersatzflicht auf, soweit die Bahn nicht zu beweisen in der Lage ist, daß die Ereignung durch einen unmittelbaren Zufall (höhere Gewalt — vis major) oder durch eine unabwendbare Handlung einer dritten Person, deren Verschulden sie nicht zu vertreten hat, oder durch Verschulden des Beschuldigten selbst verursacht wurde. Im übrigen aber wird die Fürsorge für die erwerbsunfähigen Massen den Armenverwaltungen überlassen, wiewohl schon damals die Einrichtungen der Armenpflege keineswegs als ausreichend erkannt werden mußten und die im Heimatsgesetze vom 3. Dezember 1863, RGBl. Nr. 105 ausgesprochene Pflicht Verpflichtung der Gemeinden zur Armenver

sorgung angesichts der Schwäche der Gemeinden, ihrer Aufgabe in dieser Richtung nachzukommen, großenteils auf dem Papiere blieb.

Unter solchen Umständen entstand die Idee einer reichsgesetzlichen Organisation des Versicherungswesens speziell für die arbeitenden Klassen. Die zuerst in Deutschland auf diesem Gebiete unternommenen Versuche trugen überdies dazu bei, daß auch in Österreich der Gedanke aufgegriffen wurde. Es entstand zunächst das Unfallversicherungsgesetz vom 18. Dezember 1887, RGBl. Nr. 1. welches durch die Novelle vom 20. Juli 1894, RGBl. Nr. 168 eine Erweiterung des Kreises der Versicherungspflichtigen erfuhr, wobei insbesondere die bisher bloß auf das erwähnte Haftpflichtgesetz angewiesenen Eisenbahnbediensteten in Betracht kamen. Diese Verschmelzung des Haftpflichtprinzipes mit dem Gedanken der sozialen Versicherung zeigt, daß die Unfallversicherung der Ersatz für die individuelle Haftung der Betriebsinhaber ist und daß sie die Bestimmung hat, die Lasten, welche die Anerkennung des Schadenersatzprinzipes der Haftpflichtgesetzgebung dem einzelnen Unternehmer aufbürdete, auf die Allgemeinheit zu übertragen. Dabei konnten der Natur der Sache nach nur solche Betriebe in Betracht kommen, in welchen eine besondere spezifische Unfallsgefahr vorhanden ist, die ebenso wie im Verkehrswesen durch eine plötzliche Einwirkung von außen eine Verunglückung herbeiführt.

Ohne Rücksicht auf die, wenn auch langsam und lange unmerkbar wirkenden Gesundheitsschädigungen, die sonst in den Betrieben den Arbeiter bedrohen, bezweckt das Krankenversicherungsgesetz vom 30. März 1888, RGBl. Nr. 33 die Krankenunterstützung in allen Fällen, in welchen vorübergehende Arbeitsunfähigkeit eintritt, wobei zu bemerken ist, daß der Kreis der Unfallversicherungspflichtigen mit jenen der Krankenversicherungspflichtigen durchaus nicht kongruent ist. Das Gesetz mußte alsbald durch die Novelle vom 4. April 1889, RGBl. Nr. 39 amendiert werden, da es sich in einem Punkte (Übertragung der Reservefondsanteile ausscheidender Kassenmitglieder) undurchführbar zeigte.

Neben diesen zwei Hauptgesetzen kommt ein spezielles für die Bergarbeiter in Betracht. Die unzureichenden Vorschriften des allgemeinen Berggesetzes vom Jahre 1854 über die Bruderladen wurden durch das Gesetz vom 28. Juni 1889, RGBl. Nr. 127 ersetzt. Mit wie geringem Erfolge, beweist die Tatsache, daß dasselbe dreimal durch Novellen ergänzt werden mußte und zwar: Durch das Gesetz vom 17. Januar 1890, RGBl. Nr. 14, das Gesetz vom 30 Dezember 1891, RGBl. Nr. 3 ex 1892 und durch das Gesetz

vom 17. September 1892, RGBl. Nr. 178, wozu noch die Ausführungsverordnung vom 11. September 1889, RGB. Nr. 148 und der Erlaß über das Musterstatut vom 15. September 1890, Z. 16906 kommt.

Anfangs der Neunziger Jahre wurde merkwürdigerweise ein Versuch zur Regelung des freien Hilfskassenwesens unternommen, obwohl die bestehenden Vereinskassen das 52er Vereinspatent, sowie das Krankenversicherungsgesetz durchaus vorzogen und für sie auch sonst keine Notwendigkeit bestand, die gesetzliche Grundlage zu verändern. Mittlerweile war durch das verbesserte Assekurranzregulativ vom 5. Mai 1896, RGBl. Nr. 31 der Regierung über die Versicherungskörper der kleinen Leute wie über die geschäftlich betriebenen Institute ein erweitertes Aufsichtsrecht eingeräumt worden. Allein man glaubte, daß für die nicht versicherungspflichtigen Kreise der Bevölkerung — insbesondere die Gewerbetreibenden — die geltende Gesetzgebung keine passende Grundlage bilde und entschloß sich daher nachträglich noch zur Herausgabe des Gesetzes vom 16. Juli 1892 RGBl. Nr. 202 über die registrierten Hilfskassen, ohne daß jedoch die darauf gegründeten Hoffnungen in Erfüllung gegangen wären. An diesem Tatbestande wurde auch dann nicht viel geändert, als durch die Gewerbe-Gesetznovelle vom Jahre 1897 der Versuch gemacht wurde, die Krankenversicherung der Kleingewerbetreibenden dadurch zu fördern, daß man den Genossenschaften die Befugnis erteilte, auf Grund eines qualifizierten Beschlusses den Versicherungszwang für alle Genossenschaftsmitglieder auszusprechen.

Neben den erwähnten Gesetzen kommen endlich noch jene Bestimmungen des 5. Hauptstückes der Gewerbeordnung in Betracht, welche von den seitens der Genossenschaften zu errichtenden Gehilfen-Krankenkassen und von der Krankenfürsorge für die Lehrlinge handeln.

Diese knappe Aufzählung der verschiedenen Gesetze läßt nicht nur den äußeren Entwicklungsgang der die soziale Versicherung betreffenden Gesetzgebung in Österreich erkennen, sondern verrät auch, welche Gesichtspunkte und Interessen in den einzelnen Stadien der Entwicklung maßgebend waren. Diese aber erklären es, weshalb sich heute nicht bloß theoretisch als zweckmäßig erkannten, sondern noch vielmehr praktisch empfundenen Notwendigkeit einer Vereinfachung und Vereinheitlichung der Versicherungsorganisation so große Hindernisse entgegen türmen, wiewohl es sich bloß um eine organisatorische Verschmelzung der drei Versicherungskörper und nicht etwa um eine finanzielle Vereinigung

der Versicherungszweige handelt. Freilich darf man neben den historischen auch die politischen Momente, die übrigens mitunter als soziale ausgegeben werden, nicht unterschätzen. Darauf ist es beispielsweise zurückzuführen, daß die Regierung im Jahre 1901 für die verschiedenen Kategorien der privaten Angestellten mit Beamtencharakter eine eigene Pensionsversicherung vorschlug. Wie schwierig aber eine solche versicherungstechnische Isolierung einzelner versicherungsbedürftiger Gruppen der lohnarbeitenden Klassen ist, geht unter anderem daraus hervor, daß die Regierung sich genötigt sah, den Privatbeamten auch die Handlungsgehilfen anzuschließen. Nichtsdestoweniger erschienen dem sozialpolitischen Ausschusse des Abgeordnetenhauses die aus einer solchen Sonderversicherung erwachsenden Lasten zu hoch und er vollzog deshalb in seinem Elaborate eine solche Herabsetzung der Anwartschaften. daß der Wert einer Spezialversicherung für die Privatbeamten nahezu illusorisch gemacht wurde. Es ist damit der unwiderlegliche Beweis erbracht, daß ohne ausgiebigen Staatszuschuß eine Spezialversicherung nicht durchführbar ist und daß es sich sowohl im Interesse der Versicherungsbedürftigen als ihrer Dienstgeber empfiehlt, die Privatbeamten in die allgemeine Versicherung einzubeziehen.

Aber davon abgesehen, ist die versicherungstechnische Absonderung irgend einer sozialen Klasse erfahrungsgemäß eine den Interessen der Gesamtheit abträgliche Sache. Es bedarf deshalb nicht erst des gefährlichen Präjudizes einer eigenen Beamtenversicherung, um das Bedenkliche eines solchen Experimentes zu widerraten. Die Beispiele der Berg- und Eisenbahnarbeiter, der Wiener Kommunal- und der fürstlich Schwarzenbergschen Arbeiter sind lehrreich genug, um Ausnahmsverhältnisse auf dem Gebiete der sozialen Versicherung als mit dem Wesen und Grundsätzen der letzteren im Widerspruch stehend, erscheinen zu lassen.

(Fortsetzung folgt.)

Sozialmedizinische Kasuistik.

Konkurrenz zwischen Berufsgenossenschaft und Krankenkasse. (Die Arbeiterversorgung 1906. Nr. 12.)

Eine Krankenkasse hatte auf Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde einem Unfallverletzten Unterstützung über die 13. Woche hinaus zuteil werden lassen. Sie erhebt vor Gericht gegen ihn Anspruch auf Rückerstattung dieser Unterstützung mit der Begründung, daß nicht sie, sondern die Berufsgenossenschaft verpflichtet sei, für den Verletzten nach der 13. Woche zu sorgen. Die Klage wird aus folgenden Gründen abgewiesen: Durch Artikel I. IV des Gesetzes betreffend weitere Änderungen des KVG. vom 25. Mai 1903 ist die Dauer der Krankenfürsorge der Krankenkassen von 13 auf 26 Wochen ausgedehnt worden. Eine entsprechende Änderung hat auch der § 11 des Statuts der Klägerin vom 9. Juni 1903 erfahren. Trotzdem hat die Klägerin nach Ablauf der 13. Woche die Fortgewährung der Krankenunterstützung verweigert, in der Meinung, daß ihre Verpflichtung in dem Augenblicke ende, wo die Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft einsetze, also mit Beginn der 14. Woche nach Eintritt des Unfalls. Sie geht dabei von der Ansicht aus, daß eine Verpflichtung der Krankenkasse zugleich neben der Verpflichtung der Berufsgenossenschaft ausgeschlossen sei, da aus dem Gesetze klar hervorgehe, daß der von einem Unfall Betroffene nur einmal Unterstützung erhalten solle. Wenn die Klägerin behauptet, daß aus § 25 GUVG. nicht zu folgern sei, daß den infolge von Unfällen erkrankten Arbeitern neben dem Anspruch gegen die Berufsgenossenschaft ein Anspruch gegen die Krankenkasse zustehe, so ist ihr darin Recht zu geben, wie andererseits ihre Ansicht unrichtig ist, daß aus diesem Paragraph gerade das Gegenteil hervorgehe. Denn der Paragraph handelt doch gerade von der Möglichkeit eines Zusammentreffens zwischen den Verpflichtungen der Berufsgenossenschaft und der Krankenkasse, und daraus, daß die Krankenkassen für, während der Dauer der Verpflichtungen der Berufsgenossenschaften geleistete Unterstützungen von diesen Ersatz verlangen können, geht doch durchaus nicht hervor, daß sie aus diesem Grunde zu solchen Leistungen nicht verpflichtet sind. Es besteht also hier gewissermaßen eine Konkurrenz zwischen den Verpflichtungen der Krankenkasse und der Berufsgenossenschaft. Daß eine solche im Gesetz beabsichtigt worden ist, geht aus der Begründung der Novelle von 1905 hervor, wo es auf Seite 8 unter anderem heißt: „Eine ähnliche Rechtslage, wie sie künftig eintreten wird, nämlich das Nebeneinanderbestehen von Fürsorgepflichten der Krankenkassen und der Berufsgenossenschaften war schon bisher da vorhanden, wo Kranken-

kassen die Unterstützungsdauer statutarisch über 13 Wochen hinaus verlängert hatten. Für den Verletzten bietet die im Entwurf vorgesehene Verlängerung der Unterstützungspflicht der Krankenkassen den Vorteil, daß Fälle, in welchen die Fürsorgepflicht der Krankenkasse beendet und diejenige der Berufsgenossenschaft noch nicht festgestellt ist, sich wesentlich vermindern, wenn nicht völlig aufhören werden. Denn die Verpflichtung der Krankenkasse zur Gewährung der Unterstützung wird nicht durch die Annahme aufgehoben, daß die Erwerbsunfähigkeit durch einen Unfall herbeigeführt worden sei. Hat künftig hiernach eine Krankenkasse Unterstützung für die Zeit vom Beginn der 14. Woche geleistet, so steht ihr der im UVG. geordnete Ersatzanspruch gegen die Berufsgenossenschaft zu" (§ 25 GUVG.). Hier ist also der Krankenkasse der Weg gewiesen, wie sie für ihre Leistungen Ersatz erlangen kann.

Gewöhnung an Verlust von Gliedmaßen. (Spruchsitzung des Reichsversicherungsamtes vom 5. Oktober 1905.)

Welchen Wert die jahrelange Gewöhnung bei Verlust von Gliedmaßen haben kann, wird durch nachfolgende Entscheidung des Reichsversicherungsamtes illustriert, bei der es sich um einen Arbeiter handelt, welcher das Nagelglied des rechten Daumens glatt verloren hatte. Unter Aufhebung des Urteils des Schiedsgerichts für Arbeiterversicherung in M. vom 6. Mai 1905 wird die Rente des Klägers vom 1. Februar 1905 ab aufgehoben. Gründe: Als Folge des Unfalls vom 3. September 1894 besteht lediglich der glatte Verlust des Nagelgliedes am rechten Daumen. Unzweifelhaft ist in den mehr als zehn Jahren nach dem Unfall eine vollständige Angewöhnung an den veränderten Zustand der rechten Hand eingetreten. Hierin ist die wesentliche Besserung zu finden. Der glatte Verlust des rechten Daumennagelgliedes bedingt nur unter besonderen Verhältnissen noch nach eingetretener Angewöhnung eine Minderung der Erwerbsfähigkeit. Solche Verhältnisse liegen hier nicht vor. Der Kläger ist nicht gelernter Arbeiter, mag er auch die eine oder die andere Tätigkeit, die er vor dem Unfall ausüben konnte, nicht mehr verrichten können, so besteht doch kein Bedenken, daß er auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, noch dazu im Osten der preußischen Monarchie, eine annähernd ebenso lohnende Tätigkeit finden kann, wie ein vollständig gesunder Mann.

Ärztliche Gutachtertätigkeit bei den Berufsgenossenschaften. (Die Berufsgenossenschaft, Nr. 8, 1906.)

Ärzte, welche mit Berufsgenossenschaften und Krankenkassen beruflich viel zu tun haben, erleiden häufig erhebliche materielle Schädigungen durch die latente Gegnerschaft, welche die letzteren gegen alles hegen, was mit den Berufsgenossenschaften in Konnex steht. So hat in Berlin die größte Gruppe von Kassen den Satz proklamiert, daß Ärzte, welche mit Berufsgenossenschaften in einem Vertragsverhältnis stehen, nicht als Kassenärzte angestellt werden dürfen. Eine Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 17. November 1905 spricht sich nun dahin aus, daß Ärzte, mit welchen eine Berufsgenossenschaft ein Abkommen lediglich darüber getroffen hat, nach welchen Sätzen sie Honorare für Gutachten von ihr beanspruchen dürfen, nicht in einem „Vertragsverhältnis" (§ 69 Abs. 3 GUVG.) zu der Berufsgenossenschaft stehen.

Erhält ein arbeitswilliger Arbeiter, der während eines Streikes von Ausständigen auf dem Wege zur Arbeit mißhandelt wird, Unfallrente? (Die Berufsgenossenschaft, Nr. 4, 1906.)

Diese Frage von weittragender Bedeutung hat das Reichsversicherungsamt in einer Entscheidung vom 16. Juni 1905 bejaht. Der Entscheidung lag folgender Sachverhalt zugrunde: Der Maurerpolier K. begab sich am 27. April 1904 morgens $5^1/_2$ Uhr zur Arbeit. In der Nähe seiner Wohnung wurde er von zwei ausgesperrten Bauarbeitern körperlich mißhandelt. Der Verletzte erhob Unfallentschädigungsansprüche, indem er geltend machte, daß die Veranlassung zur Mißhandlung in seiner Betriebstätigkeit gelegen habe, die Verletzung sich also noch als ein Ausfluß der Betriebsgefahren darstelle. Der Fall sei anders zu beurteilen als diejenigen Unfälle, die sich infolge der Gefahren des täglichen Lebens auf dem Wege zur Arbeit ereigneten. Die Berufsgenossenschaft und das Schiedsgericht verhielten sich ablehnend; die erstere wandte insbesondere ein, daß K. sich im eigenen wirtschaftlichen Interesse, nicht etwa im Interesse des Betriebes, dem Ausstande nicht angeschlossen habe und die Mißhandlung nicht in seiner Eigenschaft als Polier seines Arbeitgebers, sondern als unliebsamer wirtschaftlicher Konkurrent der feiernden Arbeiter habe dulden müssen. Dieser Anschauung ist das Reichsversicherungsamt in seiner die Berufsgenossenschaft verurteilenden Entscheidung mit folgenden Ausführungen entgegengetreten: „K. ist keineswegs einer Gefahr des täglichen Lebens erlegen: er ist vielmehr einer besonders gearteten Gefahr zum Opfer gefallen, der andere Straßenpassanten nicht ausgesetzt waren, sondern die gerade ihn wegen seiner Betriebstätigkeit bedrohte. In Zeiten des Streiks oder der Aussperrung tritt erfahrungsgemäß für die Arbeitswilligen zu den technischen Gefahren des Baubetriebes noch die weitere Gefahr, von den feiernden Arbeitern bedroht und angegriffen zu werden. In solchen Zeiten erstreckt sich daher der Gefahrenbereich des Betriebes über die Betriebsstätte hinaus, weil seine Arbeiter alsdann auch außerhalb der letzteren infolge ihrer Betriebstätigkeit besonderen, nur ihnen drohenden Gefahren ausgesetzt sind. Der Umstand, daß K. die Betriebsstätte im Augenblicke des Überfalles noch nicht erreicht und seine Arbeit noch nicht aufgenommen hatte, steht daher der Annahme eines Betriebsunfalles nicht entgegen. Dazu kommt, daß, während im allgemeinen der Weg zur Betriebsstätte überwiegend im eigenen wirtschaftlichen Interesse des Arbeiters unternommen wird — bei den zur Zeit des Unfalls herrschenden Arbeitsverhältnissen der Betriebsunternehmer in mindestens gleich hohem Maße daran interessiert war, daß die Arbeitswilligen sich zur Arbeit einfanden. Es entfällt daher vorliegendenfalls auch der Grund, der hauptsächlich dafür bestimmend gewesen ist, die den Arbeiter auf dem Wege von und zur Arbeit zustoßenden Unfälle von der Versicherungspflicht auszunehmen.

Beurteilung der Erwerbsbeschränkung nach Kopfverletzung. (Liniger-Bonn, Monatsschrift für Unfallheilkunde, 1906.)

Nach einer schweren Kopfverletzung mit anscheinend glatter Heilung wurden einem Verletzten 30 Proz. Rente zuerkannt. Die lebhaften Beschwerden wurden als Übertreibung bezeichnet. Nach $1^1/_2$ Jahren erfolgte der Tod an Meningitis und Hirnerweichung. Der Sektionsbefund war folgender: Entzündung der Hirnhaut in großer Ausdehnung, Erweichung des Gehirns im Bereiche des linken Schläfen- und Stirnlappens, frische Entzündung und Blutung. Daß die Gehirnveränderungen schon lange bestanden, beweist die vom Hausarzt nachgewiesene Schwäche des rechten Armes. Die Gehirnerweichung saß genau an der Stelle des Gehirnes, wo das Zentrum des Armes liegt. Der Verletzte war also kein Übertreiber und es ist ihm hoch anzurechnen, daß er mit seinem Ge-

hirnleiden noch gearbeitet hat. Er verdiente nicht 30 Proz., sondern Vollrente. Der Fall zeigt, wie vorsichtig man bei der Beurteilung der Folgen von Schädelverletzungen sein soll.

Die Verschlimmerung bösartiger Geschwülste als Unfallfolge. (Franz Honigmann, Monatsschrift für Unfallheilkunde, 1906.)

Bei einem Manne, welcher durch Fall Verschlimmerung einer Geschwulst erlitten haben soll, welche schließlich mit dem Tode endete, lehnte das Reichsversicherungsamt, weil eine Verschlimmerung als Unfallfolge nicht erwiesen sei, jeden Zusammenhang ab. H. macht hierbei auf folgende von Vries aufgestellten Momente aufmerksam. 1. Der Verletzte muß vor dem Unfall noch eine gewisse nennenswerte Erwerbsfähigkeit besessen haben. 2. Die Erwerbsfähigkeit muß nach dem Unfall geringer geworden sein und 3. soll zwischen der Abnahme der Erwerbsfähigkeit und dem Unfall ein Zusammenhang bestehen. Einen strikten Beweis kann man natürlich nicht verlangen. Es genügt hohe Wahrscheinlichkeit. Das Reichsversicherungsamt betont ausdrücklich: Wollte man unter allen Umständen einen strikten Nachweis verlangen, so würde man damit gegen den Geist der Gesetzgebung verstoßen. Die Erfahrungen sprechen dafür, daß ein bis dahin langsam wachsender Tumor zuweilen durch ein Trauma zu rascherem Wachstum angeregt wird. Ein Zusammenhang muß als erwiesen angesehen werden, wenn die Symptome, die auf eine Verschlimmerung des Leidens hinweisen, sich unmittelbar an die Verletzung anschließen, so daß die Kontinuität der Erscheinungen nachzuweisen ist. Ernst Joseph.

Medizinalstatistische Daten.

1. Die Abnahme der Totgeburten.

In vielen europäischen Staaten wurde ein Rückgang der Totgeburten in den letzten Jahrzehnten nachgewiesen. Es mußte jedoch hierbei in Frage kommen, ob nicht dieser Rückgang durch Änderungen in der Art der Aufzeichnung vorgetäuscht würde. Daß dies nicht der Fall ist, ergibt sich aus der dänischen Statistik, in welcher bis zum Jahre 1860 zurück die am 1. Lebenstage gestorbenen Kinder gesondert aufgeführt werden. Die Totgeburtsziffer ist in Dänemark von 4,3 in der Periode 1841—50 auf 2,5 in den Jahren 1891—1900 zurückgegangen. Die Kindersterblichkeit ist sich in dieser Zeit annähernd gleichgeblieben; sie war:

1861—70	13,4	1881—90	13,5
1871—80	13,8	1891—1900	13,5

Von 1000 Geborenen überhaupt sind in Dänemark:

	männliches Geschlecht			weibliches Geschlecht		
	totgeboren	am 1. Tag gestorben	zusammen	totgeboren	am 1. Tag gestorben	zusammen
1860—69	43,2	10,6	53,8	34,5	8,1	42,6
1870—79	36,6	10,4	47,0	29,7	7,7	37,4
1880—89	31,1	10,3	41,4	25,5	7,8	33,3
1890—1900	26,7	12,0	38,7	22,4	9,1	31,5

Im letzten Jahrzehnt wurden anscheinend manche Neugeborene als lebendgeboren eingetragen, bei denen früher Totgeburt angenommen worden wäre, doch zeigt sich auch in ihm eine beträchtliche Abnahme der Totgeburten. Die Ursache liegt hauptsächlich in der allgemeinen Besserung der sozialen Lage. (Nach Befolkningsforholdene i Danmark i det 19. aarhundrede. Kopenhagen 1905, S. 134 f.)

2. Die Sterblichkeit an Lungenschwindsucht in Schweden 1751—1830.

In Schweden wurde 1686 den Pfarrern die Führung von Familienregistern auferlegt, die von der Mitte des 18. Jahrhunderts an statistisch verwertet wurden. Von 1751 an mußte von den Pfarrern auch die Todesursache eingetragen werden; letztere wurde also in der Weise erhoben, wie dies heute noch im größten Teile Preußens der Fall ist. Es waren hierzu besondere Todesursachenverzeichnisse ausgearbeitet, die im Laufe der Zeit mehrfach wechselten; das erste von 1751—73 hatte 33 Nummern, das zweite (1774—1801) 41, das dritte (1802—10) 33, das vierte (1811—20) 35, das fünfte (1821—30) 34. Im Jahre 1831 wurde den Pfarrern die Verpflichtung, bei allen Sterbefällen die Art der Erkrankung einzutragen, abgenommen, da man einsah, daß ihre Einträge einer wissenschaftlichen Kritik oft nicht standhalten konnten; es wurden daher von ihnen von diesem Jahre an nur die epidemischen Krankheiten, die Unfälle und Selbstmorde in die Leichenregister eingetragen, wie dies heute in Schweden auf dem Lande noch der Brauch ist (in den Städten muß für jeden Sterbefall eine ärztliche Bescheinigung beigebracht werden).

G. Sundbärg (Mortalité par tuberculose pulmonaire en Suède pendant les années 1751—1830 in La lutte contre la Tuberculose en Suède Upsala 1905, S. 164) hat es versucht, aus den alten Zusammenstellungen die Häufigkeit der Tuberkulose zu berechnen. Leider ist die Bezeichnung ungleichmäßig. In den Jahren 1751—73 sind die Lungenkrankheiten und Phthisis (lungsot) in einer Rubrik, die Abzehrung (tvinsot) getrennt aufgeführt, 1774—1801 lungsot und tvinsot getrennt, 1802—20 sind letztere beide Todesursachen vereinigt, 1821—30 wieder getrennt. Phthisis, Abzehrung und Hämoptoe, welch letztere stets für sich aufgeführt wird, hat Sundbärg zusammen als Lungentuberkulose gerechnet, in der Periode 1751—73 wurde Phthisis nach dem Verhältnis der späteren Jahre rechnerisch ausgeschieden. So kam Sundbärg zu den folgenden Ziffern. Auf 1000 Einwohner starben in Schweden:

	überhaupt	an Lungenschwindsucht
1751—60	27,4	2,1
1761—70	27,7	2,1
1771—80	28,9	2,1
1781—90	27,7	2,3
1791—1800	25,4	2,4
1801—10	27,9	2,5
1811—20	25,8	2,7
1821—30	23,6	2,8

Ein Vergleich mit der Gegenwart läßt sich leider nicht geben, da die Lungenschwindsucht nicht mehr zu den von den Pfarrern erhobenen Krankheiten gehört; in sämtlichen schwedischen Städten kamen 1891—1900 auf 1000 Ein-

wohner 2,4 Todesfälle infolge dieser Krankheit. Aus den obigen Ziffern geht hervor, daß die Tuberkulose in Schweden von 1780—1830 regelmäßig zugenommen hat; da auch für Laien die Diagnose im eigentlichen Mannesalter viel leichter zu stellen ist, als bei Kindern und bei Greisen, so ist es von Wert, daß die Ziffern für einzelne Altersklassen berechnet werden können. Es starben an Lungenschwindsucht auf je 1000 Lebende beim Alter von:

		10—25 J.	25—50 J.	über 50 J.
Schweden	1776—1800	0,8	2,3	6,0
„	1801—1810	1,0	2,6	6,9
„	1811—1820	1,2	3,0	6,7
„	1821—1830	1,0	3,1	7,6
Stockholm	1891—1900	1,9	3,6	4,1

Nach diesen Ziffern kann wohl kein Zweifel darüber obwalten, daß die Tuberkulose in Schweden in der 2. Hälfte des 18. Jahrhunderts kleiner war als im ersten Drittel des folgenden Säkulums.

3. Hohe Morbidität einzelner Gewerbe.

S. Rosenfeld hat in einer großen Arbeit „Die Gesundheitsverhältnisse der Wiener Arbeiterschaft" (Stat. Monatsschrift 1905 u. 1906) behandelt. Für die Genossenschaftskassen in Wien sind die Erkrankungen nach 7 Altersklassen ausgezählt; die Mitgliederzahlen der Kasse lassen sich annähernd sicher für diese Altersklassen feststellen, da am 15. März, 15. September und 31. Dezember die Mitgliederbestände erhoben werden. Da sich die Rosenfeld'schen Untersuchungen bei dieser Kasse auf 11 Jahre (1892—1902) erstrecken, so sind die Ziffern auch zu feineren Berechnungen groß genug. Die höchste Morbidität haben die Küfer und Seidenfärber, dann folgen die Gießer, Buchdrucker, Zimmerleute, Schlosser, Feinzeugschmiede, Mechaniker, Hutmacher, Lithographen. Um die Berufe vergleichen zu können, haben wir aus den Rosenfeld'schen Ziffern die Standardmorbidität berechnet, d. h. es wurde ermittelt, wie groß die Morbidität dieser Berufe wäre, wenn alle die Altersbesetzung der ganzen Arbeiterschaft hätten, die Morbidität der letzteren wurde dann = 100 angenommen und danach Verhältniszahlen für die genannten Berufe berechnet.

Berufe	Auf 100 Mitglieder Erkrankungen mit Erwerbsunfähigkeit							Standard-Morbidität	Allgemeine Morbidität = 100
	unter 20 J.	21—25	26—30	31—40	41—50	51—60	über 60 J.		
Küfer	50,9	39,3	45,0	54,8	65,5	78,7	—	51,63	153
Seidenfärber	57,7	48,3	44,0	43,5	44,7	47,1	57,1	50,88	151
Gießer	44,2	47,2	44,0	46,9	47,2	49,6	66,7	46,57	138
Buchdrucker	46,3	50,3	45,4	42,3	39,7	41,5	60,5	45,44	135
Zimmerleute	47,5	44,8	36,8	40,4	49,5	63,2	76,2	44,86	133
Schlosser	47,5	46,0	39,8	38,8	42,8	51,1	59,4	43,59	129
Feinzeugschmiede	52,9	44,9	38,8	36,5	45,2	45,2	—	43,15	128
Mechaniker	42,6	35,5	32,4	37,2	43,3	59,2	—	39,05	116
Hutmacher	34,7	34,6	33,1	38,8	49,1	56,5	68,0	38,80	115
Lithographen	79,0	38,9	21,2	20,4	40,2	48,1	—	38,43	114
Alle Berufe	31,4	26,2	23,1	24,4	27,9	32,2	42,1	33,77	100

4. Zunahme der Tuberkulose mit der Höhenlage der Wohnung.

In Leipzig werden Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Wohnung und Tuberkulose angestellt. Nach E. Hasse (Die Tuberkulose und Wohnungsverhältnisse, Bulletin de l'Institut international de Statistique, Bd. XV, 2, London 1906, S. 363) ergab sich dabei eine Zunahme der Tuberkulose mit der Höhenlage der Wohnungen. Die Untersuchungen beschränkten sich vorerst auf die „Innere Stadt"; während der Jahre 1880—1904 kamen dort 1386 Sterbefälle an Tuberkulose vor, die Haushaltungsbevölkerung war 1880 22 341 und 1900 16 609. Hasse führt folgende Ziffern an:

	Todesfälle an Tuberkulose	Mittlere Bevölkerung	Tuberkulosefälle im Jahre auf 1000 Einw.
Erdgeschoß	22	603	1,46
I. Stock	218	3 201	2,72
II. „	364	4 957	2,94
III. „	358	5 891	2,43
IV. „ und höhere	382	4 523	3,38
Mehrere Stockwerke etc.	42	756	—
Zusammen	1386	19 934	2,78

Hasse sieht selbstverständlich die Ursachen der hohen Belastung der obersten Stockwerke mit Tuberkulose nicht in der Höhenlage, sondern in den verschiedenen „Formen der Minderwertigkeit der Wohnungen selbst und des mechanischen und sozialen Zusammenwohnens der Bewohner".

5. Der Flecktyphus in Galizien im Jahre 1902.

Der Flecktyphus war 1902 in Galizien immer noch ziemlich häufig, wenn auch seine Verbreitung gegen früher abgenommen hat. In der Bukowina ist er erheblich seltener als in Galizien, in den übrigen österreichischen Kronländern kommt er nur bei gelegentlicher Einschleppung vor. Nach der „Österreichischen Statistik" (Bewegung der Bevölkerung, 1902, Bd. 73, H. 3) starben 1902 an Flecktyphus in Galizien 320, in der Bukowina 2 Personen. Die Zahl der Todesfälle war in den letztvergangenen Jahren (der Flecktyphus wird erst seit 1895 getrennt aufgeführt):

	in Galizien	in der Bukowina
1895	1132	13
1896	980	5
1897	423	2
1898	480	24
1899	603	2
1900	467	2
1901	285	6
1902	320	2

Im Durchschnitt der Jahre 1898—1902 starben auf 100 000 Einwohner in Galizien 5,9, in der Bukowina 1,0 Personen an Flecktyphus. Im Jahre 1902 waren wieder fast nur die Bezirke besonders heimgesucht, die auch sonst Flecktyphusherde sind: sie liegen fast alle im südöstlichen Galizien, nur Jaworow

5*

westlich und Kamionka Strumilowa nördlich von Lemberg. Auf 100000 Personen starben an Flecktyphus:

Bezirkshauptmannschaften	1902	1898—1902
Jaworow	37,2	49,0
Tlumacz	35,0	16,1
Nadworna	27,8	18,5
Bohorodczany	25,9	27,6
Kalusz	25,3	9,9
Kamionka Strumilowa	20,2	16,7
Stanislau	17,9	5,2
Horodenka	15,3	22,8
Buczacz	12,1	6,0

Im westlichen Galizien kam der Flecktyphus in den letzten 5 Jahren nirgends in größerer Ausdehnung vor.

F. Prinzing.

Aus der Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik in Berlin.[1]

Sitzung vom 22. März 1906.

Vorsitzender: Herr Gottstein. Schriftführer Herr Grotjahn.

Herr Schwiening: **Über Körpergröße und Brustumfang bei Tuberkulösen und Nichttuberkulösen.** In der ersten Sitzung unserer Gesellschaft[2] hat Herr Gottstein über interessante Untersuchungen berichtet, die er über das Verhältnis von Brustumfang zur Körpergröße bei Tuberkulösen und Nichttuberkulösen an dem Material einer Lebensversicherungsanstalt angestellt hat. Zufällig bot sich mir bald nachher die Möglichkeit, ein umfangreiches Zahlenmaterial über tuberkulöse und nichttuberkulöse Soldaten beschaffen zu können: ich glaubte daher eine Nachprüfung der Gottstein'schen Untersuchungen nicht unterlassen zu sollen und benutzte die Gelegenheit, die Beziehungen zwischen Körpergröße Brustumfang und Brustspielraum überhaupt nach verschiedenen Richtungen einer Untersuchung zu unterziehen, über deren Ergebnisse ich mir Ihnen kurz zu berichten erlaube. Die Untersuchungen erstrecken sich auf 4707 nichttuberkulöse und 4540 tuberkulöse Soldaten, zusammen also auf 9247 Mann — ein Material, wie es bisher in dieser Beziehung noch nicht untersucht sein dürfte. Die Angaben über Körpergröße und Brustumfang beziehen sich auf den Befund bei der Einstellung der Leute, wie er in den Mannschaftsuntersuchungslisten festgelegt wird, und zwar sind die betreffenden Angaben für die nichttuberkulösen Leute diesen Listen direkt entnommen, während diejenigen für die tuberkulösen

[1]) Nach den Verhandlungen der Gesellschaft, abgedruckt in Nr. 10, 11, 14, 21 der „Medizinischen Reform", herausg. von R. Lennhoff.

[2]) Vgl. diese Zeitschrift Bd. 1 H. 1 S. 75.

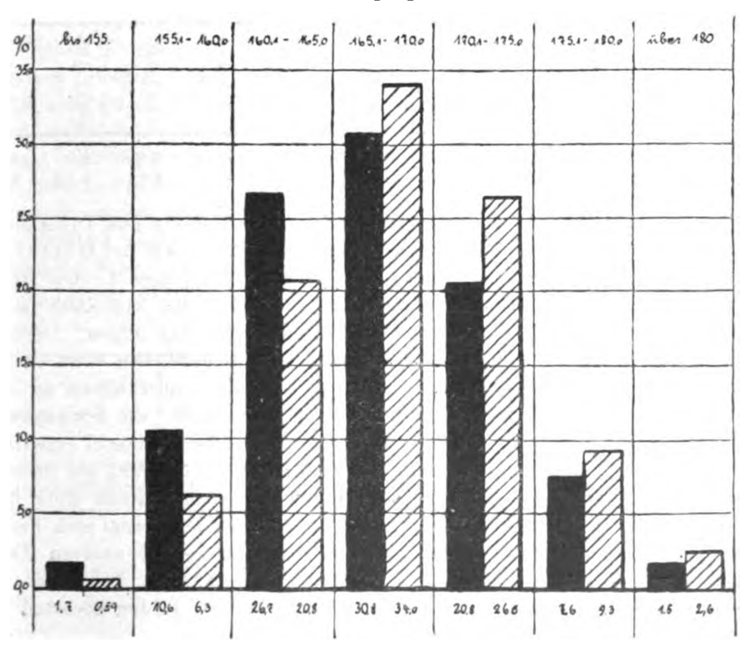
den Zählkarten entstammen, welche über jeden an Tuberkulose der ersten Luftwege und Lungen erkrankten Mann aufgestellt werden. Für beide Kategorien erstrecken sich die Erfahrungen auf die 6 Jahre vom 1. Oktober 1898 bis 30. September 1904. Was nun die Beteiligung der verschiedenen Körpergrößen bei den Tuberkulösen und Nichttuberkulösen betrifft, so konnten auch meine Untersuchungen die Gottsteinschen Ergebnisse bestätigen, daß bei den ersteren, den Tuberkulösen, die größeren und großen Leute überwiegen, eine Erfahrung, die auch schon früher von anderer Seite gemacht ist. Auf Tafel I sind als Vergleich neben den Tuberkulösen die betreffenden Größenverhältnisse der in den Jahren 1899 bis 1903 beim Oberersatzgeschäft vorgestellten Militärpflichtigen aufgezeichnet, welche wohl am besten ein Bild von der Körpergröße im militärpflichtigen Alter überhaupt geben. Das Übergewicht der großen Leute bei den Tuberkulösen tritt deutlich in die Erscheinung.

Des weiteren hatte Herr Gottstein berechnet, daß das prozentuale Verhältnis zwischen Brustumfang und Körpergröße d. h. Br. × 100 durch Gr. bei den Nichttuberkulösen wesentlich höhere Werte ergaben, als bei den Tuberkulösen. Ich erlaube mir, Ihnen die Gottstein'schen Zahlen ins Gedächtnis zurückzurufen.

Brustumfang: Körpergröße nach der Größe.

	151—160 cm	161—170 cm	171—180 cm	181—190 cm
Nichttuberkulöse	57,1	55,1	54,5	53,4
Tuberkulöse	53,2	52,5	51,6	50,8

Von den Tuberkulösen ////// bezw. von den Militärpflichtigen überhaupt ■ besaßen eine Körpergröße von cm



Mit zunehmender Körpergröße findet ferner — wie Gottstein sagt — eine Abnahme des Prozentsatzes bei beiden Kategorien statt; die Kurve der Körpergröße steigt steiler an als die des Brustumfanges, wodurch ein Mißverhältnis zwischen Längenwachstum und Brustumfang zu ungunsten des letzteren eintritt. Die Unterschiede sind allerdings frappant, insbesondere erreichte die Prozentzahl für die allergrößten Nichttuberkulösen zwar Werte, die dem Durchschnitt der Tuberkulösen nahe kommen, immerhin ist die Zahl bei den kleinsten Tuberkulösen noch etwas niedriger als die Zahl bei den größten Nichttuberkulösen.

Wenn sich ein derartiges Verhältnis einigermaßen konstant erweisen sollte, so würde dadurch ein nicht unwesentliches Hilfsmittel bei der Beurteilung der Körperbeschaffenheit gegeben sein. Allerdings hat Gottstein nur 103 Einzelfälle (von Tuberkulösen) seiner Statistik zugrunde gelegt, eine Zahl, die zur Gewinnung von einwandfreien Durchschnittswerten etwas gering erscheint. Sodann hat er als Brustumfang das sog. mittlere Brustmaß — in der Ruhe — genommen. Dieses ist natürlich um einige Zentimeter größer als das nach tiefster Exspiration gewonnene, wie es beim Militär gebräuchlich ist. Daher sind auch seine Verhältniszahlen, wie wir sehen werden, durchweg nicht unwesentlich höher als die von mir berechneten und mit letzteren nicht unmittelbar zu vergleichen. Da aber das Verhältnis zwischen den mittleren und dem Ausatmungsbrustmaß stets ein ziemlich konstantes sein dürfte, so würden auch die auf Grund des Ausatmungsbrustumfanges berechneten Prozentzahlen beim Vergleich unter sich dieselben Unterschiede zeigen müssen, wie die Gottsteinschen Zahlen, — wenn wirklich die Tuberkulösen und Nichttuberkulösen ein so konstantes, verschiedenes Verhalten in dieser Beziehung aufweisen. Die von mir berechneten Zahlen sind nun folgende: Es betrug das Verhältnis von Brustumfang zur Körpergröße bei einer Größe von

bei den	bis 155 cm	155,1-160 cm	160,1-165 cm	165,1-170 cm	170,1-175 cm	175,1-180 cm	180,1-185 cm	über 185 cm
Nichttuberkulösen . . .	53,1	51,9	50,9	50,1	49,2	48,5	47,7	47,7
Tuberkulösen	52,1	51,3	50,4	49,4	48,7	48,1	47,3	47,1

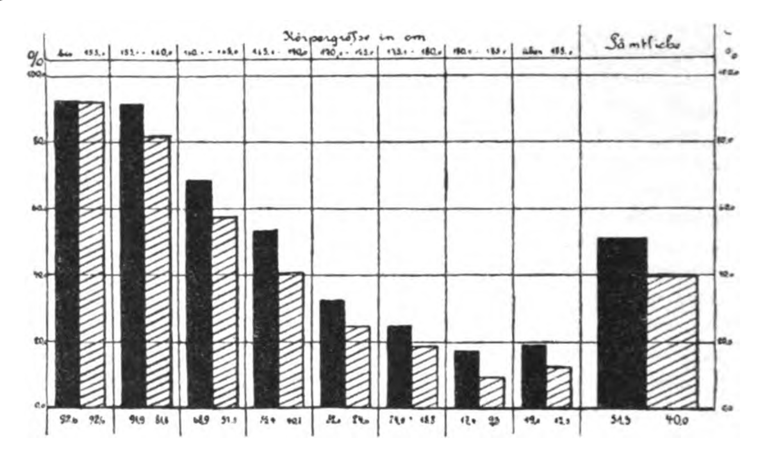
Es zeigen sich auch hier zwischen den Nichttuberkulösen und Tuberkulösen Unterschiede, die aber bei weitem nicht so bedeutend sind, wie bei Gottstein: gerade bei den großen, der Tuberkulose an sich verdächtigen Leuten ist der Unterschied so gering, daß eine praktische Verwertung im Einzelfalle ausgeschlossen erscheint. Noch eine andere Überlegung wird das zeigen. Derartige Durchschnittszahlen haben wohl einen gewissen wissenschaftlichen Wert als Maßstab für die Körperverhältnisse „des Gesunden oder des Tuberkulösen an sich", für die praktische Verwertung ist es aber noch erforderlich, die Schwankungsbreite zu kennen, innerhalb der die einzelnen die Durchschnittszahl ergebenden Summanden sich bewegen. Erst wenn die niedrigste Prozentzahl des Brustumfangs zu einer bestimmten Körpergröße bei den Nichttuberkulösen stets höher wäre, als die höchste, bei den Tuberkulösen vorkommende, ließen sich hier im Einzelfall verwertbare Schlüsse ziehen. Dies ist aber — bei unseren Zahlen wenigstens — durchaus nicht der Fall. Bei den Tuberkulösen übersteigt vielmehr die Prozentzahl in vielen Fällen den Durchschnitts-, ja den höchsten Satz

der Nichttuberkulösen, und umgekehrt bleibt bei vielen Nichttuberkulösen das Prozentverhältnis hinter dem niedrigsten Werte der Tuberkulösen zurück. Um das zahlenmäßig nachweisen zu können, habe ich ausgezählt, in wieviel Fällen dieses Verhalten Platz greift, und da ergibt sich, daß bei nicht weniger als 36 von 100 Tuberkulösen das Prozentverhältnis zwischen Brustumfang und Körperlänge größer war als im Durchschnitt bei den Nichttuberkulösen, und daß sogar bei 41 von 100 Nichttuberkulösen dasselbe Prozentverhältnis kleiner war als im Durchschnitt bei den Tuberkulösen. Betrachtet man die verschiedenen Größengruppen für sich, so erhält man z. T. noch höhere Prozentzahlen, deren Aufzählung ich mir wohl ersparen darf. Hieraus geht klar hervor, daß die Unterschiede zwischen Tuberkulösen und Nichttuberkulösen wohl bei den aus großen Zahlenmassen gewonnenen Durchschnittswerten nachweisbar sind, im Einzelfalle aber keine wesentliche Bedeutung für die Beurteilung des Körperzustandes hinsichtlich etwaiger Anlage zu tuberkulösen Erkrankungen beanspruchen können. Man kann meinen Deduktionen entgegenhalten, daß man ja nicht wissen könne, ob nicht von den Nichttuberkulösen die mit so geringem, der Tuberkulose verdächtigen Brustumfang ausgestatteten Leute später tatsächlich an Tuberkulose erkranken könnten, während man bei Gottstein dies für die Nichttuberkulösen ausschließen könne, da es sich bei ihm um bereits Verstorbene mit bekannter Todesursache handelt. Der Einwand ist bis zu einem gewissen Grade berechtigt. Immerhin handelt es sich bei unseren Nichttuberkulösen zum großen Teil um Leute, die wenigstens die anstrengenden Jahre ihrer aktiven Militärzeit durchgemacht, ohne tuberkulös zu erkranken, und dann kann man wohl kaum annehmen, daß z. B. von 1069 bisher gesunden Soldaten der Größengruppe von 160—165 cm 442 = 41,3 Proz., deren Brustumfang den Durchschnitt der Tuberkulösen nicht erreichte, später an Tuberkulose erkranken sollten, oder daß von den 121 Mann der Gruppe 180—185 cm gar 60, d. i. gerade die Hälfte, den Keim der späteren Lungenerkrankung in sich tragen. Auf Grund unseres umfangreichen Materials glaube ich also, der Berechnung des Prozentverhältnisses zwischen Brustumfang und Körpergröße eine praktische Bedeutung im wesentlichen absprechen zu können. Aus den obigen Prozentzahlen ist ferner zu ersehen, daß, ebenso wie bei Gottstein, das Prozentverhältnis zwischen Brustumfang und Körpergröße kleiner wird, je mehr letztere ansteigt; des weiteren geht aus ihnen hervor, daß die vielfach aufgestellte Forderung, daß der Ausatmungsbrustumfang mindestens gleich der halben Körpergröße sein solle, nicht als zutreffend angesehen werden kann, wie es übrigens auch schon von anderer berufenster Seite, namentlich von Fetzer und Seggel, nachgewiesen ist. Von je 100 Leuten der betreffenden Größengruppe hatten einen Brustumfang, der kleiner war als die halbe Körpergröße:

bei den	bis 155 cm	155,1-160 cm	160,1-165 cm	165,1-170 cm	170,1-175 cm	175,1-180 cm	180,1-185 cm	über 185 cm	insgesamt
Nichttuberkulösen	92,6	91,9	68,9	53,4	32,1	24,9	17,4	19,1	51,3
Tuberkulösen	92,6	81,8	57,5	40,7	24,6	18,8	9,3	12,5	40,0

Je größer die Körperlänge, desto mehr nimmt der Prozentsatz derjenigen Leute ab, deren Brustumfang die halbe Körperlänge erreicht. Dabei zeigt sich,

Von 100 Leuten der betreffenden Körpergröße hatten bei den Nichttuberkulösen ■, bei den Tuberkulösen //.// einen Brustumfang größer als die halbe Körperlänge.



daß bei den Tuberkulösen — mit Ausnahme der ganz kleinen Leute — in allen Größengruppen die Zahl derjenigen mit einem die halbe Körperlänge übersteigenden Brustumfang beträchtlich kleiner ist, als bei den Nichttuberkulösen. Wie stellt sich nun für jede Körpergröße das durchschnittliche Brustmaß? Die folgende Tabelle (S. 74 oben) enthält die entsprechenden Zahlenangaben, und auf Tafel III habe ich versucht, sie graphisch zu erläutern. Die Abscissenachse entspricht jedesmal der halben Körpergröße, die aufsteigenden Säulen stellen das Plus (in cm) dar, um welche der Brustumfang die halbe Körperlänge übersteigt, die absteigenden Säulen das Minus, um welches der Brustumfang hinter der halben Körperlänge zurückbleibt. Sie sehen, daß bei den Nichttuberkulösen die Grenze, an der das Brustmaß der halben Größe entspricht, bei 168 cm liegt; bei abnehmender Größe nimmt das Plus kontinuierlich zu, bei steigender Größe kontinuierlich ab. Sie sehen ferner, daß bei den Tuberkulösen die Grenze etwas tiefer liegt, schon bei 165 cm, und daß weiter einerseits die positive Differenz zur halben Größe nicht so groß ist, wie bei den Nichttuberkulösen, andererseits das Minus fast durchweg größer ist als bei den gesunden Leuten. Auch hierin drückt sich die geringere Ausbildung des Thorax bei den Tuberkulösen aus. Aber auch hier hat der durchschnittliche Brustumfang für den Einzelfall wenig praktische Bedeutung, da die Schwankungsbreite, innerhalb der sich die einzelnen, die Durchschnittszahl ergebenden Summanden bewegen, eine recht erhebliche ist. So bewegt sich z. B. bei den 363 Leuten mit einer Körpergröße von 168 cm der Brustumfang zwischen 74 und 93 cm; nur 40 = 11 Proz. besaßen den durchschnittlichen Brustumfang von 84 cm; 158 hatten einen geringeren und 165 einen größeren. Ähnlich liegen die Verhältnisse bei allen anderen Größen — ich brauche wohl weiter keine Beispiele dafür anführen. Um den Gegenstand zu erschöpfen, habe ich endlich auch das 3. Maß, welches bei der Brustmessung in Betracht gezogen zu werden pflegt, nämlich die Ausdehnungsfähigkeit oder den Brustspielraum bei meinen Untersuchungen berücksichtigt. Der durchschnittliche Brustspielraum betrug bei einer Körpergröße (siehe Tabelle auf S. 74 unten)

Der Brustumfang der Nichttuberkulösen ▬ der Tuberkulösen ////// blieb durchschnittlich über (+), unter (—) ½ der Körpergröße um cm

Körpergröße cm

154 | 155 | 156 | 157 | 158 | 159 | 160 | 161 | 162 | 163 | 164 | 165 | 166 | 167 | 168 | 169 | 170 | 171 | 172 | 173 | 174 | 175 | 176 | 177 | 178 | 179 | 180 | 181 | 182 | 183 | 184 | 185 | 186 | 187 | 188

+ 6,0 · + 4,0 · + 2,0 · halbe Körpergröße · — 2,0 · — 4,0 · — 6,0 · — 8,0 · — 10,0

*) Die über bzw. unter den Säulen stehenden Zahlen geben den absoluten durchschnittlichen Ausatmungs-Brustumfang der betr. Körpergröße in cm an.

Körpergröße	Halbe Körpergröße	Nichttuberkulöse: Brustumfang	Nichttuberkulöse: + Zur halben Körpergröße	Tuberkulöse: Brustumfang	Tuberkulöse: + Zur halben Körpergröße	Differenz zwischen Tuberkulösen und Nichttuberkulösen
154	77	82,2	+5,2	80,3	+3,3	+1,9
155	77,5	83,0	+5,5	81,4	+3,9	+1,6
156	78	81,6	+3,6	80,4	+2,4	+1,2
157	78,5	82,6	+4,1	80,3	+1,8	+2,3
158	79	82,1	+3,1	81,2	+2,2	+0,9
159	79,5	82,3	+2,8	80,5	+1,0	+1,8
160	80	82,4	+2,4	82,2	+2,2	+0,2
161	80,5	82,7	+2,2	81,5	+1,0	+1,2
162	81	82,6	+1,6	82,1	+1,1	+0,5
163	81,5	83,3	+1,8	82,2	+0,7	+1,1
164	82	83,4	+1,4	82,5	+0,5	+0,9
165	82,5	83,2	+0,7	82,5	+0,0	+0,7
166	83	84,2	+1,2	82,5	—0,5	+1,7
167	83,5	84,1	+0,6	82,8	—0,7	+1,3
168	84	84,1	+0,1	83,1	—0,9	+1,0
169	84,5	84,2	—0,3	83,1	—1,4	+1,1
170	85	84,5	—0,5	83,1	—1,6	+1,1
171	85,5	84,2	—1,3	83,4	—1,9	+0,6
172	86	84,3	—1,7	83,6	—2,3	+0,6
173	86,5	85,3	—0,8	83,7	—2,3	+1,1
174	87	85,3	—1,7	84,2	—2,7	+1,0
175	87,5	85,7	—1,8	84,3	—2,8	+1,0
176	88	85,8	—2,2	84,2	—3,8	+1,6
177	88,5	86,1	—2,4	85,2	—3,3	+0,9
178	89	86,1	—2,9	85,2	—3,8	+0,9
179	89,5	86,7	—2,8	85,6	—3,9	+1,1
180	90	86,0	—4,0	87,0	—3,0	—1,0
181	90,5	87,3	—3,2	85,4	—5,1	+1,9
182	91	86,1	—4,9	86,7	—4,3	+0,6
183	91,5	87,2	—4,3	86,0	—5,5	+1,2
184	92	86,9	—5,1	86,7	—5,3	+0,2
185	92,5	85,4	—7,1	88,4	—4,1	+3,0
186	93	89,5	—3,5	86,7	—6,3	+2,8
187	93,5	91,3	—2,2	89,5	—4,0	+1,8
188	94	93,4	—0,6	84,0	—10,0	+9,4

bei den	bis 160 cm	160,1-165 cm	165,1-170 cm	170,1-175 cm	175,1-180 cm	über 180 cm
Nichttuberkulösen	7,2	7,4	7,6	7,8	7,9	8,2
Tuberkulösen	6,8	7,1	7,2	7,5	7,8	8,1

bei einem Ausatmungsbrustumfang

bei den	bis 80 cm	über 80-85 cm	über 85-90 cm	über 90 cm	insgesamt
Nichttuberkulösen	7,9	7,7	7,4	7,1	7,6
Tuberkulösen	7,3	7,4	7,2	7,8	7,3

Es zeigt sich also, daß die Ausdehnungsfähigkeit mit steigender Körpergröße zunimmt, und zwar bei beiden Kategorien in ziemlich gleicher Weise, wenn auch der Brustspielraum bei den Tuberkulösen durchweg etwas kleiner ist, als bei den Nichttuberkulösen. Ferner ergibt sich, daß die Ausdehnungsfähigkeit, worauf bisher verhältnismäßig selten hingewiesen ist, mit steigendem Ausatmungsbrustumfang abnimmt. Diese Abnahme der Ausdehnungsfähigkeit bei steigendem Brustumfang wird mit gleichzeitig steigender Körperlänge größer, d. h. die Differenz zwischen dem durchschnittlichen Brustspielraum bei dem niedrigsten und dem höchsten Brustumfang steigt proportional der Körperlänge. Die Differenz beträgt bei den Nichttuberkulösen bei einer Größe von

bis 160 cm	160,1-165 cm	165,1-170 cm	170,1-175 cm	175,1-180 cm	über 180 cm
0,7	0,8	1,2	1,2	1,8	1,4

Eine Erklärung für diese Erscheinung ist nicht schwer; bei den höheren Brustumfängen genügt eben schon ein etwas geringerer Spielraum, um die erforderliche Ausdehnung der Lungen zu ermöglichen, während bei kleineren Brustumfängen hierzu eine größere Ausdehnung des Thorax nötig ist. Aber auch diese Untersuchungen über den Brustspielraum haben mehr ein theoretisches Interesse als praktische Bedeutung. Die Differenzen zwischen Tuberkulösen und Nichttuberkulösen sind so gering und bewegen sich zum Teil innerhalb so enger Grenzen, daß sie bei der Brustmessung in praxi überhaupt nicht in Frage kommen. Dazu kommt, daß auch hier wieder die Schwankungsbreite der einzelnen Brustspielräume so erheblich ist, daß man mit den Durchschnittszahlen im Ernstfalle nichts anfangen kann. Ich darf mir wohl nähere Angaben darüber ersparen. In praktischer Beziehung sind also auch meine Untersuchungen ergebnislos gewesen — ebenso wie die zahlreichen früheren derartigen Versuche. Natürlich will ich die Brustmessung nicht als völlig wertlos aus den Untersuchungsmethoden des Militärarztes oder des Versicherungsarztes ausscheiden — sie wird dem erfahrenen Arzt im Verein mit anderen objektiv nachweisbaren Abweichungen im Körperbau und an den inneren Organen immerhin in manchen Fällen ein wertvolles Mittel zur Beurteilung der Körperbeschaffenheit sein. Ob es gelingen wird, auf anderem Wege einen praktisch verwertbaren Maßstab durch Messungen festzustellen, möchte ich dahingestellt sein lassen. Vielleicht würde man zu sicheren Resultaten kommen, wenn man das Brustmaß nicht auf die gesamte Körpergröße, sondern nur auf die Länge des Rumpfes bezöge, als den Körperteil, dessen Entwicklung für den Zustand der Lungen in erster Linie maßgebend ist. Neuerdings wird das Pignetsche Verfahren gerühmt, welches darin besteht, daß man den Brustumfang (in cm) und das Gewicht (in kg) addiert und diese Summe von der Körperlänge (in cm) abzieht. Die Differenz soll um so geringer sein, je kräftiger der betreffende Mann ist. Eine Differenz von 35 soll völlige Untauglichkeit bedingen. Soweit ich die Literatur übersehe, liegen aus Deutschland noch keine Erfahrungen hierüber vor. Es dürfte sich lohnen, hierüber an einem größeren Material Untersuchungen anzustellen, zumal für die Pignetsche Berechnung nur die schon jetzt — beim Militär und bei der Versicherung — festgestellten Maße — Körpergröße, Brustumfang und Gewicht — gebraucht werden. Weitere Messungsmethoden, zu deren Ausführung besondere Instrumente, z. B. Tasterzirkel usw., erforderlich

sind, wie sie u. a. Seggel und Fetzer ausgeführt und empfohlen haben. halte ich hingegen — wenigstens für militärische Zwecke — bei Massenuntersuchungen für praktisch undurchführbar.

Sitzung vom 3. Mai 1906.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr Lennhoff.

Herr Brat: **Berufskrankheit und Unfall.** Daß die gewerblichen Vergiftungen nur einen geringen Bruchteil der beruflichen Schädigungen ausmachen. ist genügend auf der vorletzten Konferenz der Zentralstelle für Arbeiterwohlfahrt betont worden. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, als ob manche Sozialpolitiker zunächst nur deswegen einer besonderen Entschädigung für bestimmte gewerbliche Vergiftungen das Wort reden, weil sie hoffen, mittels einer wohlfeilen Waffe, wie sie das Schlagwort Vergiftung darstellt, eine Bresche zu schaffen, durch welche später das ganze Heer von sogenannten Berufskrankheiten zum Teil mit Recht, zum Teil mit Unrecht eindringen könnte. Wesentlich erleichtert wird dieses Bemühen dadurch, daß in zwei Staaten, England und Frankreich, gesetzliche Maßnahmen ergriffen, bezüglich in Aussicht genommen sind, die gewerblichen Vergiftungen den Unfällen gleichzustellen. Aber wenn man sich auf diese Tatsache beruft, vergißt man vollständig, daß in den beiden herangezogenen Staaten zwar eine obligatorische Unfall-, aber keine staatliche Krankenversicherung existiert, und daß die Forderung der Gleichstellung von gewerblichen Vergiftungen und Unfällen aus diesem Mangel heraus entstanden ist.

In England und in Frankreich sind mehr praktische Tendenzen, bei uns in Deutschland sozial ideale Momente, um diesen Ausdruck zu gebrauchen, die Triebfeder für die Forderung der Gleichstellung von Berufskrankheit und Unfall. Bei den beiden, in gleicher Begeisterung für eine große Aufgabe entstandenen und in diesem Verein vorgetragenen Entwürfen zum Umbau der sozialen Gesetzgebung finden sich trotzdem unvereinbare Gegensätze bezüglich der hier aufgeworfenen Spezialfrage.

In umfangreicher Weise werden aber die Schwierigkeiten bei Gleichstellung der Betriebskrankheiten mit den Unfällen ersichtlich, wenn man die Grundlagen des französischen Gesetzentwurfs betrachtet. Die Dauer der Verantwortungsfrist der Arbeitgeber bei den einzelnen beruflichen Schädigungen — für die Erkrankungen der Atmungsorgane und der einzelnen Infektionskrankheiten ist vorsichtigerweise eine Verantwortungsfrist nicht angegeben — ist ganz willkürlich in dem genannten Entwurf festgesetzt worden. Als Krankheiten, welche infolge einer gewerblichen Bleivergiftung entstehen können, sind bezeichnet: Bleikolik, Myalgie, Arthralgie, Paralyse, Encephalopathie, Hysterie, progressive Anämie, Nierenentzündung, Gicht, Arteriosklerose. Als Folgen der gewerblichen Quecksilbervergiftung sind angeführt: Stomatitis, Zittern, Ernährungsstörungen, Kachexie; die Symptome der gewerblichen Arsenvergiftung sind mit folgenden Affektionen angeführt: Verdauungsstörungen, Laryngo-Bronchitis, Hautkrankheiten, Kopfschmerzen, Paralyse, Nierenentzündung, Kachexie. Als Symptome der Schwefelkohlenstoffvergiftung sollen gelten: Schwere spezifische Vergiftung, Augenerkrankungen, Verdauungsstörungen, Zittern, Hysterie, Paralyse, Kachexie.

Nach diesem Entwurfe wird das Krankheitsbild der bis jetzt angeführten Vergiftungen, abgesehen von wenigen spezifischen Symptonen, bestimmt durch Allgemeinstörungen oder lokale Krankheitsprozesse, welche keineswegs in irgend

einer Weise für eine dieser Vergiftungen als bestimmt charakteristisch angesehen werden können. Das gilt insbesondere auch von Krankheitserscheinungen wie Zittern, Paralyse, Hysterie. Die Symptome, welche bei der gewerblichen Kohlenwasserstoffvergiftung angeführt sind, möchte ich nach meinen Erfahrungen als direkt falsch bezeichnen. Die große Anzahl Industrien aufzuzählen, bei welchen nach nach diesem Entwurf Erkrankungen der Luftwege, Tuberkulose vorkommen, kann unterlassen werden, ebenso die Aufzählung aller ansteckenden Krankheiten, welche in den verschiedensten Industrien vorkommen können. Nach diesem Entwurf kann das ganze Gebiet der menschlichen Pathologie, als zu den Berufskrankheiten gehörig, angesehen werden — angefangen mit den sogenannten sichergestellten Berufskrankheiten — zum Schluß wird die ganze Pandorabüchse geöffnet. Wenn man überhaupt die Frage entscheiden will, ob man in den Krankheiten des täglichen Lebens Berufskrankheiten erblicken kann, muß man zunächst berufsstatistische Unterlagen beschaffen, welche nicht allein den Beruf, sondern auch die äußeren Lebensverhältnisse berücksichtigen. Bei derselben gewerblichen Gefahr können die Arbeiter einer Stadt oder auf dem flachen Lande in ganz verschiedenen Prozentsätzen an den verschiedensten Affektionen erkranken. Es spielen dabei Wohnungsverhältnisse die Frage einer zweckmäßigen Beköstigung und auch klimatische Faktoren eine Rolle. Aus den obigen Ausführungen geht wohl zur Genüge hervor, wie die Begriffe Krankheit und Berufskrankheit ineinander übergehen, und daß eine Sonderstellung der Berufskrankheiten gegenüber den Krankheiten überhaupt nur auf einer unzureichenden wissenschaftlichen Basis zurzeit geschaffen werden kann. Wie in dieser Gesellschaft von anderer Seite und auch von mir die Meldepflicht bei gewerblichen Versicherungen auf Grund unserer Kenntnisse zurzeit als unmöglich bezeichnet wurde, so hat auch die Trennung von Krankheit und Berufskrankheit gegenwärtig noch kein Recht, gesetzlich sanktioniert zu werden.

In zweiter Linie habe ich es mir zur Aufgabe gestellt, zu prüfen, mit welchen Schwierigkeiten die Unfallbegutachtung zu tun hat. Das Gesetz selbst gibt, wie bekannt, keine nähere Begriffsbestimmung des Wortes „Unfall". — Erkrankungen im allgemeinen, Gewerbekrankheiten, Schädigungen infolge gewisser Einflüsse: Zugluft, Feuchtigkeit usw. sollen nicht als Unfälle angesehen werden. Trotzdem werden die Ärzte vor die Entscheidung gestellt, ob eine Lungenentzündung durch eine Kontusion, ob eine Handgelenkstuberkulose durch bestimmte, bei einem Beruf notwendige Bewegungen, ob eine Sehnervenatrophie bei Tabes als Folge von Zugluft, eine Apoplexie oder ein Blutsturz als Folge einer Überanstrengung entstanden aufzufassen ist, ob eine Körperbewegung als Überanstrengung betrachtet werden kann. Bei derartigen Urteilen ist nicht das Maß unseres ärztlichen Wissens, sondern das subjektive Empfinden des Gutachters, so scharfsinnig die Deduktionen desselben im Einzelfalle auch zu sein scheinen, allein ausschlaggebend. Kann der Arzt sich überhaupt mit dem Sprachgebrauch des Wortes Unfall, der eigentlich der Sprachgebrauch der Laien ist, zufrieden geben? Für den Nachweis des Zusammenhangs einer Körperschädigung durch einen Unfall verlangt die Beweispflicht entweder ein zweifellos als Ursache der Verletzung in Betracht kommendes, akutes, äußeres, von dem Willen des Betroffenen unabhängiges Ereignis oder eine Erkrankung, welche die Bewertung eines Ereignisses als akute Ursache derselben zuläßt. Die Rechtsprechung hat an der zeitlichen Begrenzung, welche in dem Begriff „Unfall" nach dem Sprachgebrauch liegt, nicht festhalten können und eine über Stunden,

resp. einen Tag sich ausdehnende Einwirkung als genügend abgegrenztes zeitliches Ereignis angesehen. Die Beurteilung, ob eine Erkrankung derartig aufzufassen ist, daß irgend ein äußeres Ereignis als Unfallursache angesehen werden kann, ist den Ärzten vorbehalten. Diese Beurteilung kann sich nach meiner Ansicht nicht nach dem Sprachgebrauch richten. Es gibt mikroskopische Gewalteinwirkungen und es gibt mikroskopische Folgeerscheinungen derselben. Es ist denkbar — nicht notwendig —, daß beim Eindringen eines bestimmten Steinpartikelchens in die Lunge des Steinhauers der Ort für die Ansiedlung des ersten Keims der Tuberkulose geschaffen wird. Es ist möglich, daß durch den Wollstaub in einer Spulerei bei einem Individuum eine geringste akute Verletzung gesetzt wird, die den Boden für ein chronisches Siechtum bildet. Daß uns diese geringste Verletzung entgeht, weil vielleicht mit derselben keine Blutung verbunden ist, daß uns die ersten Anfänge der Unfallfolgen nicht bekannt werden, weil die Krankheitserscheinungen nicht gleich manifest sind, berechtigt uns keineswegs, die Unfallmöglichkeit in solchen Fällen abstreiten zu wollen. Wenn nach der Unfallstatistik der Berufsgenossenschaft für Landwirtschaft und Forstwesen aus dem Jahre 1901 bei 68 Fällen von „Blutvergiftung" nur in einem Teil die Entstehung der Wunde und in einem anderen Teil die Entstehung der Infektion bekannt geworden ist und trotzdem alle Fälle entschädigt worden sind, so sieht man, wie formal die Beweisführung an dem akuten Ereignis festhält, während an die Würdigung, ob in der Verletzung an und für sich oder der Infektion das wesentliche Moment für den Verlauf des Unfalls, resp. der Unfallfolgen zu erblicken ist, nicht herangetreten wird.

Wie auf der einen Seite eine Trennung von Krankheit und Unfall nicht möglich ist, und ein Teil der für gewöhnlich nicht als Unfälle aufgefaßten Infektionen nach dem Stand der heutigen ätiologischen Forschungsergebnisse — das gilt nicht allein für die Tuberkulose — oft als Unfälle aufgefaßt werden müssen resp. können, so hat auch die Anschauung kleinster Gewalteinwirkung Anhänger gefunden, um die gewerblichen Vergiftungen in die Reihe der Unfälle zu stellen. Man hat den Begriff „kumulativ" so allgemein gefaßt, daß jede chronische Einwirkung mit diesem Wort bezeichnet werden kann. Unter kumulativ wirkenden Substanzen kann man aber nur solche verstehen, welche zunächst bei ihrer Einverleibung sichtbare krankhafte Erscheinungen nicht bewirken, welche aber nach der Kumulation des Giftes verhältnismäßig schnell zur Zuführung geringer, vorher ohne ersichtlichen Schaden vertragener Mengen Krankheitserscheinungen manifest werden lassen. Derartige Einwirkungen können nach meiner Ansicht auch heute schon mitunter als Unfälle zur Entschädigung kommen. Zu solchen kumulierend wirkenden Substanzen gehören eine Anzahl Blutgifte: für das Blei kann man vom pharmakologischen Standpunkte eine derartige kumulative Wirkung annehmen. Die Nachschübe von Bleikolik, welche z. B. nach Entfernung eines Bleiarbeiters aus dem Betrieb entstehen und welche dadurch zu erklären sind, daß im Organismus deponiertes, entgiftetes Blei wieder mobil gemacht wird, weisen auf die kumulative Wirkung der Noxe hin. Man ist zu sehr von der Vorstellung befangen, daß jede Bleierkrankung nur als Gewerbekrankheit aufzufassen ist und versäumt sicher oft im Einzelfall nachzuforschen, ob nicht in der minutiösen Beachtung der Vorgänge und der Eigenschaften des Bleies die Möglichkeit zur Konstruktion eines Unfalles gegeben ist. Wir kennen die Natur zahlreicher Substanzen zu wenig, um zu wissen, ob derartige Annahmen ebenfalls für dieselben gestattet

sind. Die Möglichkeit, daß Kohlenoxyd, Phosphor, Quecksilber in dem obigen Sinne als kumulativ wirkende Substanzen zu bezeichnen sind, ist nicht ausgeschlossen. Unter dieser Voraussetzung würde in der letzten die Erkrankung in die Erscheinung bringenden, wenn auch minimalen Einwirkung das Unfallereignis liegen. Die Erforschung der Natur der gewerblichen Noxen stellt sich hier wiederum als ein Erfordernis heraus, damit der Rechtsprechung exaktere Grundlagen gegeben werden könnten, als der Sprachgebrauch bedingt, der in den Worten Gewerbekrankheit und Unfall liegt.

Wie bei der Infektion, so muß auch bei der Intoxikation der Begriff des kleinsten wirksamen äußeren Unfallereignisses aufgestellt werden.

Im vorgehenden habe ich mich bemüht, auseinanderzusetzen, wie für das ärztliche Auge oder besser für die Wissenschaft keine Grenzen zwischen Krankheit, Gewerbekrankheit und Unfall bestehen; wesentlich Neues habe ich nicht anführen können. Dennoch erschien es zweckmäßig, gerade im Anschluß an die großen sozialpolitischen Vorträge in diesem Verein diesen Standpunkt zu betonen. Wir Ärzte fordern im Interesse der Volkshygiene, „daß jede Versicherung gegen das Erlöschen der Arbeitsfähigkeit den mininalen Bedürfnissen der Existenz Genüge leiste, und zwar ganz gleichgültig, welche Ursachen das Erlöschen der Arbeitsfähigkeit bewirkt". Mit der Erfüllung dieses Postulats fällt von selbst die Forderung nach besonderer Entschädigung von Berufs- oder Betriebskrankheiten fort.

Für den Fall, daß bei der Neugestaltung der sozialen Gesetzgebung die Ansprüche an die Ärzte bezüglich der Begutachtung nicht eine Verringerung erfahren können, wird auf die Ärzte eine Verantwortung geladen, die nie in ihrem Sinne liegen kann, zumal wenn neue Begriffe, wie derjenige der Berufskrankheiten, zu den alten, Krankheit, Unfall und Invalidität, in die Gesetzgebung eingeführt werden sollten. Aus inneren Gründen muß der Arzt für sich und als natürlicher Vorkämpfer der Versicherungsnehmer die Vereinheitlichung der Arbeiterversicherung fordern.

Auch ich hoffe, daß die von Lennhoff in seinem Vortrag geforderte Berücksichtigung des Existenzminimums und die hierdurch mögliche Vereinfachung der Arbeiterversicherung sich ihr Recht erobern wird. Hier fehlt uns noch der große Entwurf, der das Werk wirklich aus einem Gusse plant und der die Möglichkeit der praktischen Durchführung auch ohne Diktator voraussehen läßt. Bei einer Vereinfachung der sozialen Gesetzgebung, wie sie dann möglich wäre, würde sich das ärztliche Können frei entfalten in der prophylaktischen und therapeutischen Bekämpfung der Krankheiten, und die Grenzen des nötigen ärztlichen Wissens würden nicht so eng gesteckt sein, daß wir vielen an uns gestellten Fragen ein Ignorabimus entgegenhalten müssen.

Sitzung vom 14. Juni 1906.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr Lennhoff.

Herr Lassar legt die Veröffentlichung der Deutschen Gesellschaft für **Volksbäder** über ihre letzte Versammlung vor. Es verdient hervorgehoben zu werden, daß die Vereinigung in wenigen Jahren die Aufmerksamkeit verschiedener Faktoren auf sich gezogen hat, in erster Linie die der Städte. Die Frage der Volksbäder ist direkt zu einer Kommunalangelegenheit geworden. Es ist eine

sozialpolitische Umwandlung gegen frühere Auffassung eingetreten, wo man wohl Badeanstalten besaß, aber weit entfernt war, sie zur Aufgabe des Gemeinwesens zu erheben. Das ist inzwischen geschehen. Das Interesse für die Bewegung hat sich erweitert, und es ist bemerkenswert, daß man auch in einer verhältnismäßig so beschränkten Fragestellung das Gesamtbild des nationalen und des ökonomischen Lebens sich wiederspiegeln sieht. Denn sowohl hervorragende Hygieniker wie größere Kommunalverwaltungen und führende Staatsregierungen haben sich praktisch beteiligt; daran schließt sich natürlich auch eine Anregung für die Industrie. Eine ganze Reihe von Technikern beschäftigen sich jetzt mit Bade- und Installationseinrichtungen. Die Aufgabe der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder geht dahin, die öffentliche Aufmerksamkeit darauf zu lenken, daß ein hygienisches Bedürfnis vorliegt und Abhilfe dringend geboten erscheint. In der Tat sind auch so viele Vorschläge gemacht worden, daß es sich lohnt, einen Blick auf die über 10 Bogen starken Verhandlungen, welche an einem Tage erledigt sind, zu werfen. Es ist ein Haupterfordernis, daß die Anregungen gedruckt bleiben und später noch Einfluß gewinnen können. Eine ganze Reihe von Thematen sind angeregt worden, gar nicht mit der ausgesprochenen Absicht, daß dieselben zur ausführlichen Besprechung gelangen, sondern daß jeder sieht, hier liegt etwas Diskutables vor. Ich möchte noch bemerken, daß auch eine direkt sozialmedizinische Frage zur Besprechung gelangt ist, die ich selbst zur Erörterung gestellt habe. Es handelt sich um die Beziehungen der Kassen zu den Volksbädern. Ich muß hervorheben, daß ein gewisses Manko vorliegt. Die Kassen haben nur für die Kranken zu sorgen. Sobald ein Mitglied nicht krank ist, hört die Fürsorge für dasselbe auf. Die prophylaktische Idee, welche den Landesversicherungsanstalten zugrunde liegt, war damals noch nicht bekannt, als das Krankengesetz eingeführt wurde; man dachte nicht an die Möglichkeit, eine weitere Fürsorge eintreten zu lassen. Von Herrn Lennhoff ist mir reiches Material zugegangen und ich darf ihm auch hier meinen Dank wiederholen.

Sodann trägt Herr Zondek über **„Ursächliche Beziehungen zwischen Unfall und Magencarcinom“** vor. Seit Einführung der Unfallversicherungs-Gesetzgebung werden bei fast allen möglichen Erkrankungen Unfälle als Krankheitsursachen angegeben. Das ist begreiflich; denn die Feststellung der Erkrankung als Folge eines Unfalls ist gewöhnlich von großer wirtschaftlicher Bedeutung für den Patienten sowohl für seine Angehörigen. Wenn hierbei, was mehrfach vorkommt, von den Patienten unwahre Angaben gemacht werden, so geschieht dies oft im besten Glauben. Das sehen wir in denjenigen Fällen, in denen keinerlei materielle Interessen in Betracht kommen. Auch hier führen oft die Patienten ihre Erkrankung, wenn sie keine andere bestimmte Ursache für die Entstehung ihres Leidens ermitteln können, auf ein Trauma zurück, und ein Trauma hat schließlich ein jeder einmal erlitten. Die Aufgabe des Arztes ist es nun, in dem Einzelfalle den wirklich ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Unfall und der Erkrankung festzustellen. So kommt es aber, daß auch die Ärzte auf die angeblichen Unfälle der Patienten mehr als früher zu achten haben und auch achten. Sehr interessant ist in dieser Hinsicht eine Äußerung, die Fürbringer in einer Diskussion machte. Fürbringer sagte, er beobachte jährlich etwa 50 Fälle von Magencarcinom, und im Laufe der Jahre habe er mehr als ein halbes Tausend Fälle von Magencarcinom gesehen, aber niemals ist ihm hierfür als Krankheitsursache ein Unfall betont worden. Allerdings, fügte er hinzu, habe er nie danach gefragt. Diese Ausführung von Fürbringer zeigt

aber ferner, wie häufig das Magencarcinom vorkommt. Nach Wyss sind 2 Proz. aller Todesfälle die an Magencarcinom; das trifft allerdings nicht für alle Gegenden zu; so soll in den Tropen ein Magencarcinom sehr selten beobachtet werden. Auch Virchow hat auf die Häufigkeit des Magencarcinoms hingewiesen. Von allen Carcinomen betreffen nach Virchow die des Magencarcinoms 35 Proz., nach anderen Zusammenstellungen sogar 40 Proz. Das Magencarcinom ist also ein relativ häufiges Vorkommnis. Die ätiologische Bedeutung des Traumas für die Entwicklung des Magencarcinoms verdient darum ein hohes Interesse. Es fragt sich nun zunächst: Läßt sich die traumatische Genese des Magencarcinoms wissenschaftlich begründen? Bekanntlich gibt es für die Entwicklung der Carcinome vornehmlich zwei Theorien, die von Virchow und die von Cohnheim. Virchow führt die Entwicklung der Carcinome auf irritative Momente zurück: Häufig wiederkehrende, oder chronisch wirkende Traumen, mechanische, chemische, thermische Reize führen zur Entwicklung und zum Wachstum der Geschwulst. Cohnheim hingegen nimmt eine innere Ursache für die Genese der Carcinome an; eine fehlerhafte embryonale Gewebsanlage ist es, aus der sich die Geschwulst bildet. In der neueren Zeit neigt man mehr der Cohnheim'schen Theorie zu, und den irritativen Momenten wird für bestimmte Fälle (Lippenkrebs der Pfeifenraucher, Hodensackkrebs der Schornsteinfeger) eine direkte, für die meisten Fälle aber nur eine indirekte Bedeutung zuerkannt; durch die Reizung kommt es zur Wucherung der embryonal versprengten Keime, zur Geschwulstbildung, oder es kommt zu entzündlichen Veränderungen, auf deren Boden sich die Geschwulst entwickelt. Diese Theorie läßt sich besonders gut auf die Entstehung der Magencarcinome anwenden. Die Entwicklung von Magencarcinomen auf der Basis von Magengeschwüren ist pathologisch-anatomisch festgelegt. Nach einer Zusammenstellung von Menne trifft dies für 8,25 Proz. aller Magencarcinome zu. Ferner ist auch die traumatische Entstehung von Magenulcera pathologisch-anatomisch anerkannt. Demnach ist die Möglichkeit der traumatischen Genese eines Magencarcinoms für wissenschaftlich erwiesen anzusehen. Wie werden wir uns nun bei der Beurteilung des Einzelfalles verhalten? Setzen wir das Trauma als sicher festgestellt voraus, so werden wir zunächst danach fragen: Wohin ist das Trauma erfolgt? Die einen Autoren verlangen, daß das Trauma in die Magengegend eingesetzt hat, denn nur an dem Ort der Einwirkung des Traumas kann sich das Carcinom entwickeln. Nach Boas und Menne genügt indes eine allgemeine Gewalteinwirkung, eine Erschütterung des ganzen Körpers; es kommt hierbei zur Kontraktion der Bauchwand bei feststehenden Zwerchfell, es entstehen Risse in der Magenschleimhaut, eine chronische Gastritis entwickelt sich, und auf ihrer Basis entsteht ein Magencarcinom. Eine weitere Frage ist es, in welcher Zeitdauer nach dem Unfall kann sich das Magencarcinom bilden. Nun, das ist schwer zu sagen, denn das Magencarcinom kann lange bestehen, ohne daß sein Nachweis möglich wäre; gibt es ja doch okkulte Magencarcinome, die, ohne irgend welche Störungen verursacht zu haben, bei Sektionen als zufällige Nebenbefunde erhoben werden. Im allgemeinen nimmt Boas als kürzeste Frist zwischen Trauma und Geschwulstbildung ein halbes Jahr und als längste Dauer 4—5 Jahre an. Auch die Frage, wie lange Zeit zwischen Trauma und dem Tod des Patienten liegen muß, um hier von einer Unfallerkrankung sprechen zu können, ist schwer zu entscheiden. Es gibt Magencarcinome, die von weicher Konsistenz sehr schnell und stark wuchern, sehr bald zu Metastasen und zum Tode führen, es gibt aber auch harte Carcinome (Scirrhen), bei denen die Me-

tastasen erst später auftreten und bei denen erst nach mehreren Jahren der Tod erfolgt. Ich habe Gelegenheit gehabt, einen Fall zu beobachten, bei dem wegen eines vorgeschrittenen Magencarcinoms die Gastro-Enterostomie gemacht wurde: der Patient ging jedoch erst nach 5 Jahren an dem Carcinom zugrunde. Auch der Sitz des Carcinoms ist von wesentlicher Bedeutung für den Verlauf des Carcinoms. Ein Carcinom am Pylorus dürfte früher und zu intensiveren Magenstörungen führen als ein Carcinom an der übrigen Magenwand. Dadurch dürfte aber auch bei den Pyloruscarcinomen die Widerstandskraft des Individuums frühzeitiger und in höherem Grade herabgesetzt werden als bei den mehr oder weniger fern vom Pylorus lokalisierten Carcinomen. Wenn nun bei einem Individuum mit gesundem Magen im Anschluß an ein geeignetes Trauma in der erfahrungsmäßigen Zeit zwischen $\frac{1}{2}$ und 5 Jahren (Fürbringer setzt die unterste Grenze auf $\frac{1}{4}$ Jahr fest) ein Carcinom des Magens konstatiert wird, so kann das Carcinom als Unfallfolge aufgefaßt werden. Es können hierbei zweierlei Möglichkeiten vorliegen. Das Trauma kann zur chronischen Gastritis oder einem Ulcus geführt haben, und daraus kann sich ein Carcinom entwickelt haben, oder aber es kann ein bereits bestehendes okkultes Magencarcinom durch das Trauma zu lebhafterem Wachstum angeregt und mit seinen Folgen, Blutungen, entzündlichen Störungen der angrenzenden Magenwand, in die Erscheinung gebracht worden sein. Indes auch für diesen Fall der Steigerung eines bestehenden Krankheitsprozesses durch einen Unfall erkennt die Gesetzgebung die Rentenansprüche an. Menne hat nun aus den Akten der Bonner Berufsgenossenschaft, aus den Mitteilungen des Reichsversicherungsamtes und aus sonstiger Unfallliteratur diejenigen Fälle zusammengestellt, bei denen „ein direkter ursächlicher Zusammenhang zwischen Trauma und Magencarcinom seitens der entscheidenden Instanzen auf Grund der ärztlichen Gutachten oder seitens der Autoren mit hoher Wahrscheinlichkeit angenommen worden ist, oder angenommen werden kann“. Es sind im ganzen 10 Fälle. Über einen gleichartigen Fall kann ich Ihnen heute berichten. Herr Reichstagsabgeordneter Robert Schmidt war so freundlich, mir die Akten über diesen Fall zur Veröffentlichung zu überlassen. Es handelte sich um einen 40 jährigen Bergmann, der einen Hufschlag von einem Pferde in die Magengegend erlitten hatte. Ungeachtet dieses Traumas ging der Mann seiner täglichen Arbeit weiter nach. Nach 3 Monaten traten Magenbeschwerden auf und nach weiteren 3 Monaten wurde an dem Patienten bei einer Operation einer Hernie in der Linea alba ein Pyloruscarcinom konstatiert, das die Gastro-Enterostomie notwendig machte. 1 Jahr nach dem Unfall starb der Patient an den Folgen des Magencarcinoms. Ich will hier auf die einzelnen Gutachten nicht näher eingehen. Der am meisten strittige Punkt in ihnen ist die Frage: Wie lange Zeit liegt zwischen Beginn der Entwicklung eines Magencarcinoms bis zu seinem endlichen Ablauf, oder mit anderen Worten, eine wie lange Zeit darf zwischen Trauma und Tod des Individuums liegen, um hier einen ursächlichen Zusammenhang anzunehmen. Die Gutachter der einen Partei nehmen die durchschnittliche Zeit von 2 Jahren an, die anderen Gutachter hingegen setzen die erfahrungsmäßige Dauer auf 1—2 Jahre, und die unterste Grenze auf 2 Monate und $\frac{1}{4}$ Jahr fest. Das Reichsversicherungsamt hat in diesem Falle die Rentenansprüche der Angehörigen des Verstorbenen anerkannt. Zum Schluß sei es mir gestattet, aus dem Obergutachten des Prof. F. folgenden Passus zu verlesen:

„Allein es darf nicht außer acht gelassen werden, daß wir bei der Beurteilung des Zusammenhangs von inneren Krankheiten mit Unfalltraumen, meist auf

Wahrscheinlichkeitsschlüsse angewiesen, den höheren Wert dem geeigneten Unfall und der Kontinuität der Erscheinungen zuzuerkennen haben; andernfalls würden wir wohl im Löwenanteil der Fälle den Arbeiter resp. seine Angehörigen durch unsere Ablehnung des Zusammenhangs auf Grund unserer mangelhaften Kenntnisse ungerechterweise leiden lassen. Die Unsicherheit unseres derzeitigen Wissens gestattet meines Erachtens nicht bei dem Begriff der bloßen Möglichkeit Halt zu machen da, wo die Abhängigkeit einem strikten Nachweise unzugänglich ist." So richtig diese Anschauung ist, so wenig wir Renvers beipflichten können, wenn er 1898 in einem Obergutachten sagt: „Ein genetischer Zusammenhang zwischen Trauma und Magencarcinom ist in jedem Falle zu verneinen," so müssen wir uns doch vor Augen halten, daß wir in den günstigsten Fällen nur mit einem mehr oder weniger hohen Grade von Wahrscheinlichkeit das Carcinom des Magens wie das der inneren Organe als Folge eines Unfalls nachweisen können. Reicht auch diese Feststellung im Sinne des jetzt bestehenden Gesetzes zur Anerkennung der Rentenansprüche hin, so können wir uns damit doch nicht zufrieden geben. Sehen wir davon ab, daß wir die traumatische Genese dieser Erkrankung nie mit Sicherheit erbringen können, so erscheint uns überhaupt die dem Gesetz zugrunde liegende Auffassung nicht zu Recht zu bestehen. Denn von so wissenschaftlichem Interesse auch bei den verschiedenen Erkrankungen die Feststellung sein mag, ob und inwieweit ihre traumatische Entstehung in Betracht kommt, so muß es doch in praktischer Hinsicht gleichgültig erscheinen, ob eine Invalidität auf einen Unfall oder eine andere Ursache zurückzuführen ist. Wir werden darum der Forderung R. Lennhoff's beipflichten: Nicht die Ursache für die Entstehung der Invalidität, nicht ihre traumatische Genese, sondern die Feststellung der Invalidität an sich und ihres Grades muß für die Bestimmung der Rentenansprüche maßgebend sein.

Sodann berichtet Herr Munter über folgenden **Fall aus der Unfallkasuistik:** Es handelt sich um einen 66 jährigen Zimmermann aus der Nähe von Wandsbek. Ich habe den Mann zusammen mit den Herren Kollegen Strauß und Zondek untersucht, als Gutachter im Auftrage des Arbeitersekretariats. Der Mann hat eine Verstümmelung eines Fingers von früherem Unfall, er war nie infiziert und in keiner Weise erblich belastet; er trank, wie alle Bauhandwerker, täglich für ungefähr 15 Pfg. Schnaps. Wie aus den Akten feststeht, hatte er trotz seiner 66 Jahre ununterbrochen bis zu dem Tage des Unfalls gearbeitet und täglich 5 Mk. verdient. Am 1. Juni 1904 fand der Unfall statt. Der alte Mann fiel von der 1. Etage etwa 4 m tief, wobei er auf die Stirn aufschlug und auf die rechte Seite; er trug eine Schädelverletzung sowie einen Bruch des Brustbeins und einiger Rippen davon. Der Verletzte wurde vom Kassenarzt dem Altonaer Krankenhaus überwiesen; dort blieb er eine Reihe von Wochen und hat dann allmählich wieder, trotz vieler Beschwerden, die sich im Anschluß an den Unfall einstellen, gearbeitet; er hat die Arbeit als Zimmermann aufgeben müssen und als gelegentlicher Arbeiter sich ernährt. Das Höchste, was er dabei verdiente, waren 3,40 Mk. Der Mann versuchte bei der zuständigen Berufsgenossenschaft, seine Ansprüche geltend zu machen, indem er behauptete, daß er durch den Unfall an Kopfschmerz und Kurzatmigkeit litte, und daß eine ziemlich bedeutende Rückgratsverkrümmung auf diesen Unfall zurückzuführen sei. Der Kassenarzt erklärte die sämtlichen Zustände als senile Veränderungen, besonders die Veränderungen an der Wirbelsäule, sowie eine ziemlich beträchtliche Knickung am Brustbein selbst. Er erklärte die Rückgratsverkrümmung als Greisenveränderung

und bezog sämtliche subjektiven Klagen auf Gefäßverkalkung, die teils auf Senium, teils auf Alkoholgenuß zurückzuführen ist. Die Berufsgenossenschaft, die sich auf das Urteil des Kassenarztes bezog, sowie auf das Gutachten des Altonaer Krankenhauses, wies den Mann auch ab. Nachträglich hat der erstbehandelnde Arzt dann doch die Möglichkeit zugegeben, daß die Schmerzen, über die der Mann klagte, wohl vorher nicht bestanden haben mögen, und infolge des ziemlich bedeutenden Unfalls eingetreten seien und eine Verminderung der Erwerbsfähigkeit veranlaßt haben könnten. Auch das Schiedsgericht wies den Verletzten infolge der Erklärung des ersten Arztes vollständig ab, einmal, da die bloße Möglichkeit eines Zusammenhangs mit dem Unfall nicht ausreichte, um eine Rente zu erteilen, ferner aber, weil bei dem Alter des Mannes anzunehmen sei, daß die Veränderungen in den Gefäßwänden schon vor dem Unfall bestanden haben. Der Mann wandte sich an das Zentral-Arbeitersekretariat und erhob Rekurs gegen die Entscheidung des Reichsversicherungsamts. Es trat ein Gutachterkollegium zusammen. Unter den Vorschlägen, die von den deutschen Ärzten zur Reform der sozialpolitischen Gesetze jetzt gemacht werden, befindet sich auch der Vorschlag, daß da, wo die Ärzte in ihrem Gutachten nicht einig sind, eine Gutachterkommission gebildet werden soll. Diese geplanten ständigen Kommissionen haben ihre Bedenken, denn zur Abstimmung kann man wissenschaftliche Resultate nicht stellen. Unsere Untersuchung ergab ein übereinstimmendes Resultat: auch von chirurgischer Seite hat Kollege Zondek festgestellt: das Vorhandensein der Rückgratsverkrümmung, Seitwärtsneigung der Wirbelsäule nach rechts, Veränderungen am Brustbein, die Schmerzen an jener Stelle wahrscheinlich machen. Es fand sich ferner Zittern der ausgestreckten Hände, vor allen Dingen aber erhebliche Störungen des Gleichgewichts bei Prüfung mit geschlossenen Augen und beim Vor- und Rückwärtsbeugen des Rumpfes mit offenen Augen. Dann stellte Kollege Strauß eine hochgradige Gefäßverkalkung und eine entsprechende Veränderung des Herzens fest. Wir haben dann in unserem Gutachten mit den Vorgutachtern die Veränderungen an der Wirbelsäule für ausschließlich senile erklärt. Dagegen haben wir doch die Wahrscheinlichkeit ausgesprochen, daß die Veränderungen am Brustbein ausschließlich traumatischen Ursprungs sind. Die nervösen Erscheinungen haben wir in Zusammenhang mit der Arteriosklerose gebracht und zugegeben, daß der Mann sich noch vor dem Tage des Unfalls an Arteriosklerosis gelitten hat: aber absolut abweichen mußten wir in der Beurteilung, welche Folgen dieser Unfall für den Mann gehabt hat. Ein Mann, der bis zu dem Tage des Unfalls trotz der alkoholischen und senilen Veränderungen an den Gefäßwänden schwer gearbeitet hat, der außerdem seine Arbeitswilligkeit auch jetzt zeigt und jede Gelegenheit benutzt hat, zu arbeiten, und als Kranker 3,40 Mk. verdient, bei diesem zeigen sich jetzt deutlich nachweisbare Veränderungen auf nervösem Gebiet, er hat Schmerzen, die durchaus glaubwürdig sein müssen. Der Mann hat, wie alle Gutachter angeben, niemals den Eindruck eines Simulanten gemacht. Hier muß man zu dem Resultat kommen, daß unter dem Einfluß des Traumas sich die Anpassung des Organismus an die allmählich entstandene Degeneration verloren hat und in akuter Weise der Verlauf der allmählichen Umwandlung der Gefäßwände ein beschleunigter geworden ist. Wir haben eigentlich noch hart geurteilt, indem wir dem Verletzten nur eine Einbuße von 50 Proz. seiner früheren Erwerbsfähigkeit zusprachen. Das Reichsversicherungsamt hat noch einmal den Mann der Königl. Klinik in Kiel überwiesen. Und hier hat allerdings Professor

Quincke, weil eine Möglichkeit eines traumatischen Zusammenhangs der jetzigen Beschwerde mit dem Unfalle vorliegt eine Rente von nur 25 Proz. für ausreichend erachtet. Das Reichsversicherungsamt hat sich dem Gutachten der Berliner Kommission angeschlossen. Wer die erklärliche Neigung vieler Entscheidungsinstanzen kennt, Urteilen der beamteten Ärzte eo ipso größere Bedeutung beizulegen als den Gutachten der Privatärzte, der wird bei dieser Entscheidung der höchsten Instanz mit Genugtuung erkennen, daß von diesem Brauch abgewichen ist zugunsten der Sachlichkeit.

Über Arteriosklerosis und Trauma sind ja verschiedene Besprechungen erschienen. Man hat behauptet, daß Gefäßverkalkungen auch bei jüngeren Leuten entstehen können als Folgen des Unfalls. Das glaube ich nicht in Fällen, wo nicht Syphilis oder Alkoholismus vorliegt; ich glaube nicht, daß bei ganz gesunden Leuten eine solche Veränderung durch Trauma entstehen kann. Aber es ist m. E. nicht selten und wird von den Gutachtern nicht hinlänglich betont, daß bestehende, gewissermaßen physiologische Arteriosklerosis durch Unfall in ihrem Verlaufe und ihrer Wirkung schädigender wird. Dadurch, daß die Arbeiter sich freiwillig eine Organisation geschaffen haben, bei der es dem einzelnen möglich ist, unter Umständen noch ein Obergutachten einzuholen, konnte dieser Mann zu seinem Rechte kommen. Es ist bezeichnend, daß das Reichsversicherungsamt, das sonst sehr sparsam mit Gewährung von Entschädigung für Privaturteile ist, dem Rentenerwerber in diesem Fall zu diesem Zweck 50 Mk. zuerkannt hat und sagte, er hätte vielleicht ohne das ebensoviel bekommen.

Sodann trägt Herr Albu über **„Die sozialmedizinische Bedeutung der Errichtung von Volksheilstätten für Stoffwechselkranke“** vor: Der überraschend umfangreiche Ausbau der diagnostischen Methoden auf dem Gebiete der inneren Medizin in den letzten Jahrzehnten hat es mit sich gebracht, daß innerhalb dieses Gebietes einzelne Wissenszweige zu einer solch kräftigen selbständigen Entwicklung gelangt sind, daß sie geradezu schon als Spezialdisziplinen in die Erscheinung treten. Das gilt insbesondere von der Physiologie und Pathologie der Verdauungs-, Ernährungs- und Stoffwechselvorgänge. So notwendig es auch ist, immer von neuem zu betonen, daß die souveräne Beurteilung jedweder Frage auf einem Spezialgebiete die Beherrschung der Grundlagen der gesamten inneren Medizin voraussetzt, so läßt sich doch nicht leugnen, daß die Ansammlung von Erfahrungen auf einem enger umschriebenen Felde stets das Wissen vertieft und mehrt. Mit der Gewinnung reicherer Kenntnisse über das Wesen einzelner Krankheiten haben sich auch allenthalben neue Mittel und Wege zu ihrer Bekämpfung ergeben. So wurde Brehmer durch die ausschließliche Beschäftigung mit der Behandlung von Phthisikern zu der Idee der Begründung von Lungenheilstätten geführt, und die im Kampf ums Dasein und im Großstadtleben sich immer mehr häufende Zahl von Neurasthenikern gab die Anregung zur Errichtung von Nervenheilstätten. Die erfolgreiche Wirksamkeit, welche die Anstalten beider Art nun schon seit mehreren Jahrzehnten entfalten, ist so allgemein anerkannt, daß der gesteigerte soziale Sinn der Neuzeit die Wohltat einer derartigen Krankheitsbehandlung auch den Armen und Ärmsten hat zugute kommen lassen. Für die Lungentuberkulösen haben Stadtgemeinden, staatliche Versicherungsanstalten und Krankenkassen im umfangreichsten Maße die Fürsorge der Behandlung in solchen Anstalten übernommen. Es ist ein nicht unbeträchtlicher Teil des Nationalvermögens, welches alljährlich in Deutschland für diese Zwecke aufgewendet wird. Dieses Geld fließt zum großen Teil dem Volkswohlstande wieder

zu, insofern durch die Erfolge der Heilstättenbehandlung Tausende von Kranken für kürzere oder längere Zeit, zuweilen selbst dauernd wieder in den Zustand voller oder teilweiser Erwerbsfähigkeit gesetzt werden. Die Zahl der tuberkulösen Lungenkranken überwiegt weitaus alle anderen und deshalb erscheint die Fürsorge für diese Gruppe von Kranken in erster Reihe notwendig. Aber es darf damit nicht das soziale Interesse für alle anderen Kranken erlöschen oder auch nur in den Hintergrund gedrängt werden. Das ist um so weniger berechtigt, als die chronischen Lungenkrankheiten zu einem großen Teil in bezug auf Heilbarkeit und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit weit weniger günstige Chancen bieten als viele andere Krankheiten, welche gleichfalls für kürzere oder längere Zeit die Arbeitsfähigkeit beschränken oder bei ihrer Vernachlässigung auch allmählich vollständig aufheben können. Für die Behandlung der Nervenkrankheiten ist das Prinzip der Heilstättenfürsorge auch schon offiziell zur Anerkennung gelangt. In steigendem Maße übernehmen insbesondere die Landesversicherungsanstalten die Anstaltsbehandlung der Neurastheniker, welche sich als eine außerordentlich dankbare erwiesen hat, insofern als auf diese Weise schnellere und dauerndere Heilerfolge erzielt werden, als es bei ambulanter und medikamentöser Behandlung möglich ist. Indessen scheint mir die Behandlung der Neurasthenie und verwandter Krankheiten in besonderen Nervenheilstätten noch nicht die Ausdehnung erlangt zu haben, welche ihrer Verbreitung einerseits, ihrer Bedeutung für das Erwerbsleben im modernen Kulturstaate andererseits entspricht. Während es zahllose private Anstalten zur Behandlung wohlhabender Nervenkranker gibt, existieren nur wenige für das minderbemittelte Bürgertum und keine einzige m. W. für die Angehörigen der Krankenkassen, Unbemittelte u. dgl. Noch viel ärger liegt es aber zurzeit auf dem Gebiete der Behandlung der Verdauungs-, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten. Seit zwei Jahrzehnten hat sich gerade in Deutschland die Zahl der privaten Sanatorien für die Behandlung dieser Krankheitszustände außerordentlich vermehrt. Die Mehrzahl derselben ist ständig gefüllt oder überfüllt, und das Bedürfnis schafft hier fortwährend immer wieder neue Gründungen dieser Art. Die Ursache dieser Erscheinung ist in der Erkenntnis zu suchen, daß diese Krankheitszustände so wenig wie Lungen- und Nervenkrankheiten auf medikamentösem Wege zur schnellen, sicheren und dauernden Heilung gebracht werden können. Die moderne diätetisch-physikalische Therapie hat sich erheblich leistungsfähiger, ja überhaupt als die einzige Behandlungsmethode erwiesen, welche als eine physiologisch begründete, als eine rationelle bezeichnet werden kann. Tausendfältige Erfahrungen der letzten Jahrzehnte haben gezeigt, daß diese Therapie den früher üblichen Behandlungsarten an praktischem Wert weitaus überlegen ist. In der Natur der Sache liegt es begründet, daß das neuzeitige Prinzip der physikalisch-diätetischen Behandlung in erster Reihe in der Bekämpfung der Ernährungsstörungen, der Verdauungskrankheiten und der Stoffwechselanomalien am Platze ist. Diese Krankheitszustände sind ihr ureigenste Domäne. Auf diesem Gebiete ist die physikalisch-diätetische Therapie am ältesten und am meisten bewährt. Wenn nun dieser Fortschritt der wissenschaftlichen Heilkunst unausgesetzt Tausenden von wohlhabenden Leuten zugute kommt, so muß es als unsozial erscheinen, eine solche Wohltat nicht auch den wirtschaftlich Schwächeren zugänglich zu machen. Solche Sanatorien für arme Kranke zu errichten, erscheint als eine Pflicht der ausgleichenden Gerechtigkeit, welche die Gemeinschaft der sozial Stärkeren den Armen gegenüber zu üben hat. Doch kann vor der Erfüllung einer solchen Verpflichtung der

Nachweis gefordert werden, daß ein Bedürfnis für solche Heilanstalten vorliegt oder m. a. W., ob staatliche und städtische Behörden, Versicherungsanstalten, Krankenkassen u. dgl. die Interessen ihrer Schutzbefohlenen besser wahrzunehmen imstande sind, wenn sie auch für solche Kranken Spezialheilanstalten errichten. Die Frage, ob denn die Zahl der Kranken dieser Art in der Neuzeit zugenommen habe, muß entschieden bejaht werden. Die Gesundheitsschädigungen, welche das moderne Kulturleben mit sich bringt, treffen auch Verdauung und Ernährung in hohem Maße, und die körperlich arbeitenden Bevölkerungsklassen werden von den Schäden des Berufs- und Erwerbslebens meist in stärkerem Grade getroffen als die wirtschaftlich besser Situierten, weil sie sich weniger Schonung auferlegen und nicht die gleiche zweckmäßige und gute Verpflegung angedeihen lassen können. Die allgemeine Hast, die sich in unserem Wirtschaftsleben nach amerikanischem Muster einzubürgern begonnen hat, beeinträchtigt Ernährung und Verdauung vielfach in schwerster Weise. Die weite Entfernung von der Arbeitsstelle verkürzt die Mittagspause für Arbeiter und Angestellte oft so stark, daß das Essen in großer Schnelligkeit erledigt werden muß; Speisen und Getränke werden heiß genossen, große Bissen werden verschluckt, und mit dem letzten Bissen im Munde wird schon wieder der Weg zur Arbeit angetreten. Die Zwischenmahlzeiten werden im Stehen oder bei der Arbeit hastig eingenommen. Das Abendessen wird vielfach erst in später Abendstunde genommen, so daß Bettruhe und Schlaf oft noch bei vollem Magen eintreten. Besonders dürftig scheint mir vielfach die Ernährung der großstädtischen jugendlichen Fabrikarbeiterinnen zu sein, die, während ihrer Mittagspause auf der Straße sich herumtummelnd, nur ein Butterbrot oder gar nur frisch vom Wagen gekauftes Obst für 5 oder 10 Pfg. als Mittagsmahlzeit genießen, abends aber dann nur selten eine größere warme Kost zu erhalten Gelegenheit haben. Verteilung von Arbeit und Ruhe während des Tages und die Einrichtung der Mahlzeiten erscheinen bei uns in Deutschland viel weniger zweckmäßig als in anderen Ländern, insbesondere in England. Bei der immer mehr um sich greifenden Sitte zu abendlichen Kneipereien und Vergnügungen aller Art kommt der Arbeiter oft nicht völlig ausgeruht am nächsten Morgen wieder an seine Werkstätte. Ein großer Teil der arbeitenden Bevölkerungsklassen, insbesondere auch der in gewerblichen Betrieben tätigen männlichen und weiblichen Angestellten leidet dauernd an körperlicher Übermüdung, welche nicht nur das Nervensystem schwächt, sondern auch die Ernährungs- und Verdauungsvorgänge direkt und indirekt beeinträchtigt. Die weiten Wege zur Arbeitsstelle, das stundenlange ununterbrochene Stehen in manchen Berufen, andererseits das stundenlange Sitzen schaffen eine Reihe von organischen Veränderungen und nervösen Störungen der Verdauungsorgane, welche mit der Länge ihrer Dauer oft auch die Ernährungsverhältnisse des Körpers schädigen. Ich erinnere hier an die in der Neuzeit immer häufiger zur Beobachtung kommenden Senkungen der Unterleibsorgane, speziell des Magens, des Darms und der Nieren (die sog. Visceralptose oder Glénard'sche Krankheit), welche bei Stadt- und Landbevölkerung eine der häufigsten Erkrankungen der Verdauungsorgane geworden ist. Diese Organsenkungen sind die Folge einer allgemeinen Gewebserschlaffung des Körpers, welche in den locker aufgehängten Unterleibsorganen am ehesten und stärksten zum Ausdruck zu kommen pflegt. Dadurch wird eine mannigfaltige Fülle von Beschwerden ausgelöst, welche solche Kranken oft für Monate und zuweilen sogar dauernd erwerbsunfähig machen, weil mit der allgemeinen Gewebserschlaffung meist ein chronischer Unterernährungszustand einhergeht, welcher zu Körper-

gewichtsabnahmen von 10—20 Pfund und mehr in wenigen Monaten oder Jahren führt. Wer solche Kranken viel zu sehen Gelegenheit hat, gewinnt den Eindruck, daß sie oft geradezu Arbeitsfähigkeit simulieren, weil sie im Kampfe ums Dasein auf den Erwerb ihrer Händearbeit angewiesen sind. Vielfach werden solche Kranken wegen der begleitenden nervösen Symptome als Nervenkranke angesehen und behandelt, aber jeder erfahrene Arzt wird bestätigen, daß die Heilung dieser Leiden fast stets nur durch diätetische Kuren in Verbindung mit physikalischen Behandlungsmethoden u. dgl. zu erreichen ist. Neben den eben erwähnten Krankheitszuständen führen auch noch andere Momente zu einer Schwächung der Unterleibsorgane, speziell des Magens und Darms, welche in ungenügender Tätigkeit dieser Organe zutage tritt. Es sei nur an die häufige Unterdrückung der natürlichen Bedürfnisse des Körpers erinnert, welche nach der Lage der Arbeit oft gar nicht zu verhüten ist. Dadurch wird die Entwicklung einer chronischen Darmschwäche in hohem Grade begünstigt. Das stundenlange Stehen bei schwerer körperlicher Arbeit, wie es in manchen Berufen erforderlich ist, schafft u. a. auch einen Krankheitszustand, welcher oft Verdauungsbeschwerden erheblichster Art jahrelang auslöst: das sind die sog. Brüche der vorderen Bauchwand, namentlich in der Mittellinie derselben (Hernia epigastrica), welche man nur bei körperlich schwer arbeitenden Männern anzutreffen pflegt. Als weiteres schädliches Moment kommt die oft unzureichende und fast immer sehr einseitige Ernährung in den ärmeren Klassen der Bevölkerung hinzu, welche aus der allgemeinen wirtschaftlichen Lage einerseits, der Teuerung auf dem Nahrungsmittelmarkte andererseits sich ergibt. Vor allem herrscht immer ein Mangel an frischer tierischer Nahrung (Fleisch, Fische, Eier, Milch, Butter u. dgl.). Auch in Zeiten, wo keine Fleischnot herrscht, sind ja die Fleischpreise für eine größere Arbeiterfamilie meist so hoch, daß die armen Leute höchstens am Sonntag, nicht ein Huhn, aber wohl einmal ein Stückchen von Rind oder Kalb in ihrem Topfe haben. Die Ärmsten der Armen befriedigen bekanntlich ihr Hungergefühl mit Kartoffeln, allenfalls mit Brot, und mancher Proletarier betäubt seinen Hunger durch Schnaps. Auch die bei armen Leuten oft recht mangelhafte Art der Zubereitung der Speisen und der Anrichtung des Essens beeinträchtigt die Verdaulichkeit derselben und ihre Ausnutzung im Körper nicht unwesentlich. Es sei nur daran erinnert, wie wenig appetit- und verdauunganregend die in Arbeiterkreisen vielfach übliche Mischung der ganzen Mittagsmahlzeit auf einem Teller ist. Bekömmlichkeit und Ausnutzung des Nährstoffgehalts der Nahrung ist von der Art ihrer Zubereitung und Darreichung sehr wesentlich abhängig.

Schädlicher aber als diese kleinen unhygienischen und undiätetischen Gewohnheiten, die ja oft auch nur eine Folge von Mangel und Not sind, wirkt immer das Fehlen eines ordentlichen Gebisses, dessen Verlust für den Armen eben deshalb schwieriger ins Gewicht fällt, weil er ihn nicht zu ersetzen vermag. Unter den Ursachen chronischer Magenkrankheiten ist der Mangel an Zähnen seit langer Zeit wissenschaftlich anerkannt. Eine ordentliche Magenverdauung hat eine gehörige Mundverdauung zur unerläßlichen Vorbedingung, und deshalb hat die Behandlung jeder Magenkrankheit eigentlich im Munde anzufangen. Die Gewährung eines künstlichen Gebisses an einen Menschen, der an Verdauungs- oder Ernährungsstörungen leidet, ist deshalb als eine soziale Verpflichtung anzusehen, der sich ja auch die Landesversicherungsanstalten und neuerdings auch die Armenverwaltungen nicht mehr entziehen. Aber in dem notwendigen Umfange

wird diese materielle Unterstützung den Kranken noch immer nicht gewährt. Soviel über die gewerblichen und beruflichen, sowie aus sozialen Verhältnissen und Mißständen hervorgehenden Ursachen der Verdauungs- und Ernährungsstörungen, soweit sie überhaupt einer Ermittlung zugänglich sind. Einen Beweis für ihre soziale Bedeutung liefert die Häufigkeit dieser Krankheitszustände. Aus den letzten Jahresberichten des städtischen Krankenhauses Moabit, sowie fast aller größeren Krankenkassen Berlins (Ortskrankenkassen der Kaufleute, gewerblichen Arbeiter, Buchdrucker, Gastwirte, Bierbrauer, Schneider u. a.) habe ich festgestellt, daß die Zahl der Verdauungskranken allenthalben etwa 12—15 Proz. aller erwerbsunfähigen Kranken ausmacht, bei Frauen meist noch um einige Prozent mehr. Nimmt man aber dazu noch, wie notwendig, auch die Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, welche in den Statistiken unter den verschiedensten Rubriken aufgezählt zu werden pflegen, so erhöht sich die Zahl der in Betracht kommenden Kranken bis auf 20 Proz. und darüber. Es ist dabei noch zu berücksichtigen, daß die Statistik dieser Krankheiten bisher noch nicht mit der gleichen Genauigkeit aufgenommen wird wie bei Lungenerkrankungen. Fast in allen Statistiken rangieren nach den Lungenkrankheiten die Verdauungs- und Ernährungsstörungen ihrer Häufigkeit nach an zweiter Stelle. Nur zuweilen überwiegen die Infektionskrankheiten, wobei freilich dann oft auch Brechdurchfall, Typhus, Dyssenterie u. dgl. mitgezählt werden, oder auch die Muskel- und Gelenkerkrankungen unter Einrechnung der Gicht u. dgl. Die Landesversicherungsanstalt Berlin hat in ihrer Heilstätte Beelitz im letzten Berichtsjahre 1904 unter 1346 männlichen Kranken 52 Proz. Nervenkranke und 16 Proz. Magen- und Ernährungskranke verpflegt; bei den Frauen schwankt die Beteiligung dieser Kranken zwischen 11 und 50 Proz. Unter den Hauptursachen der Invalidität, die von der genannten Versicherungsanstalt im gleichen Berichtsjahre zuerkannt wurde, sind Verdauungs-, Ernährungs- und Stoffwechselstörungen bei Männern zu nicht ganz 5 Proz., bei Frauen zu 7,5 Proz. angegeben. Diese auffällig geringen Zahlen erklären sich wohl dadurch, daß jene Krankheitszustände bisher eben noch nicht im vollen Umfange als Invaliditätsursachen anerkannt werden. Wie schwer oft die Heilung solcher Zustände zu erreichen ist, das beweist am überzeugendsten der Erfolg, welchen die Landesversicherungsanstalt Berlin in ihrem Sanatorium Beelitz bei solchen Kranken erreicht hat: er beträgt nur 48 Proz. bei den Krankheiten des Verdauungsapparates und 68 Proz. bei den Störungen der Entwicklung. Dieser Prozentsatz muß sich, da bösartige Erkrankungen bei der Aufnahme von vornherein ja ausgeschlossen sind, unbedingt erheblich erhöhen lassen bei einer umfassenderen Gestaltung der physikalisch-diätetischen Therapie, wie sie die Behandlung dieser Krankheitszustände dringend erheischt. Es sind also die mit der Entwicklung des modernen Kulturlebens unvermeidlich verbundenen sozialen Schäden in Berufs- und Erwerbstätigkeit, welche die Zahl der krankhaften Störungen der Ernährung und Verdauung vermehrt haben und sie in den wirtschaftlich schwächeren Schichten der Bevölkerung außerordentlich stark fühlbar machen. Mit der Erkenntnis der Ursachen ergibt sich auch hier gleichzeitig der Weg zu ihrer Bekämpfung. Was dem Reichen recht ist, muß für die Armen billig sein, d. h. diejenigen Behandlungsmethoden, welche sich für derartige Leiden am wirksamsten erwiesen haben, müssen ungeachtet ihrer Umständlichkeit und Kostspieligkeit auch den Unbemittelten zugänglich gemacht werden. Wenn es nun schon den Wohlhabenden selten möglich ist, in ihrer Häuslichkeit eine physikalisch-diätetische Behandlung durchzuführen, so er-

scheint dies für Kassenkranke und die Angehörigen der niederen Berufsstände überhaupt von vornherein ausgeschlossen. Schon die Ausführung von Magenausspülungen, Darmeingießungen, Bädern und ähnlichen Heilprozeduren stößt in der Kassenpraxis fast immer auf große Schwierigkeiten. Noch schlimmer ist's aber um die zweckmäßige Ernährung der Kranken bestellt. Dazu gehört vor allem schon ein Milieu, welches sich in den Wohnungen der ärmeren Bevölkerung niemals findet. Wo es an einem abgesonderten Speiseraume fehlt, oder gar an einem außerordentlich gedeckten Tische, da kann Verdauungskranken die Kost niemals so munden, wie es für sie besonders wünschenswert ist. Es kommt hinzu, daß Hausfrauen und Mädchen der niederen Stände schon im allgemeinen die Kochkunst viel zu wenig beherrschen, und vollends den Anforderungen der Krankenküche wohl nur in den seltensten Fällen Rechnung zu tragen imstande sein werden. Schließlich erfordert eine diätetische Behandlung meist auch einen größeren Aufwand von Geldmitteln, als sie solchen Kranken zur Verfügung stehen. Wer Erfahrung auf diesem Gebiete hat, weiß, daß sich die diätetischen Kuren bei Kassenkranken u. dgl. überhaupt nicht durchführen lassen, z. B. eine systematische Mastkur. Und unsere Krankenhäuser versagen in dieser Hinsicht auch fast vollkommen! Schon die Größe der Krankenhäuser in den Städten wenigstens erfordert eine so schematische Festsetzung einiger weniger Kostformen, daß einzelnen Kranken die für sie zweckmäßige Diät gar nicht gewährt werden kann. Es erscheint durchaus begreiflich, daß der Betrieb in einer Krankenküche für 200, 500 oder mehr Kranke auf unüberwindliche Schwierigkeiten stoßen müßte, wenn darin mehr als die üblichen 3 oder 4 Kostformen zur Verabreichung gelangen sollten. Die Mehrzahl der Verdauungs-, Ernährungs- und Stoffwechselstörungen erfordert aber nach Quantität und Qualität eine viel weitgehendere Individualisierung der Kost, als sie je in einem allgemeinen Hospitale möglich ist. Die diätetische Behandlung von Zuckerkranken und Fettleibigen, von Kranken mit Magenerschlaffung und Magenerweiterung, chronischer Stuhlverstopfung, Darmkatarrhen u. dgl. wird gegenwärtig in den großen Krankenhäusern recht stiefmütterlich durchgeführt, weil es eben an Zeit und Raum für derartig spezielle Aufgaben der Therapie mangelt. Auch die Anwendung von Ruhe- und Liegekuren, wie sie bei Ernährungs- und Verdauungsstörungen sich so oft als zweckmäßig bzw. notwendig erweisen, läßt sich in einem großen Krankensaale, in dem die verschiedensten Kranken nebeneinanderliegen, nicht mit dem wünschenswerten Erfolge durchführen. Schon die Intensität des Betriebes auf einer solchen Krankenabteilung wirkt störend. Auch Massage, Elektrizität, Wasserbehandlung u. dgl. können nicht in dem Umfange zur Verwendung gelangen, welcher oft zweckmäßig erscheint. All dieser Vorteile der modernen wissenschaftlichen Therapie werden aber auch die Ärmeren teilhaftig werden können, wenn man bei der weiteren Verwirklichung des Gedankens eines Ausbaues von Spezialkrankenhäusern, der leider bisher nur sehr langsam vorwärts kommt, auch an die Errichtung von Sonderheilstätten für die Krankheiten der Verdauung, der Ernährung und des Stoffwechsels denken wird. Die allgemeinen Krankenanstalten würden dadurch erheblich entlastet und hauptsächlich für solche Kranken vorbehalten bleiben, bei denen es eben weniger oder gar nicht auf die Anwendung spezieller, insbesondere diätetischer Heilmethoden ankommt. Das Material zur Füllung solcher „Magenheilstätten" würde also sicherlich in großer Menge zuströmen. All die Kranken, welche jetzt des Vorteils und des Segens einer sorgfältigen Verpflegung in der Häuslichkeit entbehren müssen, würden dort einen geeigneten

Platz zu ihrer Behandlung finden, an dem sie schneller genesen und eine dauerndere Aufbesserung ihrer Erwerbsfähigkeit zu erwarten hätten. Die gründlichere Hebung des Ernährungszustandes bei Leuten mit Visceralptose und ähnlichen Verdauungserkrankungen, bei chronischen Schwächezuständen infolge andauernd unzureichender Ernährung u. dgl., wird ihnen vielfach einen Grad von Erwerbsfähigkeit verschaffen, welchen sie vorher nie besessen haben! Die bei Verdauungskrankheiten in der Kassenpraxis so häufigen Rückfälle, welche durch das Fortbestehen des Grundleidens bedingt sind, werden sicherer verhütet werden können, wenn eine gründliche systematische Behandlungskur durchgeführt werden kann. So liefert z. B. die Behandlung des Magengeschwürs gegenwärtig hauptsächlich deswegen so ungünstige Dauerresultate, weil die Kranken weder lange noch energisch genug das notwendige diätetische Regimen durchzuführen in der Lage sind. Wenn wir in der in letzter Zeit so heiß angestrebten Prophylaxe des Carcinoms überhaupt etwas leisten wollen, so kann es nur dadurch geschehen, daß wir die als Vorkrankheiten des Carcinoms bekannten Affektionen einer möglichst gründlichen und dauernden Beseitigung entgegenzuführen suchen. Für das Magencarcinom z. B. gipfelt diese Aufgabe in der radikalen Ausheilung von Geschwüren und schweren chronischen Katarrhen der Schleimhaut. Solche chronischen Krankheitszustände wie Atonie und Ectasie des Magens, welche beim Mangel zweckmäßiger Ernährung im Laufe der Jahre immer stärkere Beschwerden zu machen pflegen und die Erwerbsfähigkeit in immer stärkerem Grade beeinträchtigen, können eine dauernde Besserung und Heilung nur erfahren durch eine strenge Regelung der gesamten Lebensweise, insbesondere der Ernährung. Sie wird von allen Kranken, namentlich aber den Angehörigen der weniger gebildeten Bevölkerungsschichten in einer speziell darauf eingerichteten Heilanstalt weit besser erlernt werden, als es je mündliche oder schriftliche Vorschriften eines Arztes erreichen können. Wie die Lungenheilstätten für die armen Tuberkulösen vorbildlich für die Wohnungshygiene wirken sollen, so darf man das Gleiche, vielleicht sogar noch in leichter erreichbarem Maße, für die Ernährung durch solche Sonderheilanstalten erwarten. Naturgemäß wird aber auch hier allgemeine Hebung der Bildung und des Wohlstandes notwendig sein, um die Nachahmung solcher Vorbilder in den beschränkten häuslichen Verhältnissen der Proletarierbevölkerung zu erreichen. Wenn in der ersten Erörterung des Planes zur Errichtung von Magenheilstätten in der Presse (Vossische Zeitung vom 26. Mai 1906) auf die wertvollen Dienste hingewiesen worden ist, welche die in den letzten Jahrzehnten in mehreren deutschen Großstädten errichteten öffentlichen Krankenküchen für die bessere Verpflegung der in Rede stehenden Kranken leisten könnten, so ist dazu zunächst zu bemerken, daß die Organisation dieser Krankenküchen fast durchgängig eine derartige ist, daß sie für die Krankenkassenmitglieder und die Angehörigen der ärmeren Bevölkerungsklassen kaum verwertet werden können. Selbst die billigste Mittagsmahlzeit für 75 Pf. überschreitet zumeist noch den Etat, welchen ein Arbeiter oder ein Angestellter, selbst ein unverheirateter, dafür herzugeben imstande ist. Aber auch das an sich höchst lobenswerte Prinzip der Krankenküche, eine gute und schmackhafte Krankenkost möglichst billig zu verabreichen, ist unzureichend für die Mehrzahl der Kranken, um die es sich hier handelt. In der Großstadt ist der Weg zur Krankenküche viel zu weit und die Mittagsruhe, die den Kranken dort geboten wird, viel zu kurz, um eine diätetische Kur in wünschenswertem Rahmen überhaupt zur Ausführung bringen zu können, und selbst wenn die Leiter der Krankenküchen sich

in einzelnen Fällen bereit erklären, das bestellte Essen in die Häuslichkeit der Kranken zu bringen, so bleibt das immer noch ein dürftiger Notbehelf im Vergleich zu den zahlreichen Vorteilen, welche eine geordnete Anstaltsbehandlung bietet. Sobald man also das Bedürfnis nach einer systematischen diätetischen Behandlung auch für die unbemittelten Kranken überhaupt anerkennt, dann ergibt sich auch die Forderung der Errichtung von Spezialheilanstalten für diesen Zweck als eine unausbleibliche Folge. Denn die etwaige Errichtung von Krankenküchen oder die Ausnützung derselben für Kassenkranke wäre doch nur halbe Arbeit, die nicht entsprechenden und ausreichenden Gewinn bringen würde. Für solche Magenheilstätten für Unbemittelte gibt es bisher nur einige wenige unbedeutende Vorbilder in einigen deutschen Kurorten, wo sie von privaten Vereinigungen im Interesse ihrer Mitglieder und Angehörigen ins Leben gerufen worden sind. Zumeist erweist sich der Umfang dieser Anstalten als viel zu klein und ihr Betriebskapital viel zu gering, um einer größeren Zahl von Kranken diese Wohltat zuteil werden lassen zu können. Eine Verpflichtung zur Errichtung solcher Heilstätten erwächst m. E. in erster Reihe den Kommunen und den staatlichen Versicherungsanstalten. Wenn die letzteren die Gründung und den Betrieb solcher Anstalten vom Standpunkte der Rentabilität betrachten und berechnen wollen, so wird m. E. der Erfolg wahrscheinlich schon in wenigen Jahren lehren, daß in solchen Heilstätten das Anlagekapital sich weit besser rentiert als in Lungenheilstätten, eben weil, wie oben schon angedeutet worden ist, bei den Störungen der Verdauung, Ernährung und des Stoffwechsels die Besserung meist nicht nur viel schneller eintritt, sondern weil sie auch die Aussicht auf Heilung bzw. dauernde Erwerbsfähigkeit in weit größerem Umfange bieten als die Lungentuberkulose. Die öffentlichen Krankenküchen soll man den Magenheilstätten in dem Sinne etwa angliedern, wie die Fürsorgestellen den Lungenheilanstalten. Den Krankenküchen könnte man die aus den Heilstätten Entlassenen und sonstigen Rekonvaleszenten und die Leichtkranken überweisen. In welcher Weise sich eine solche feste Beziehung zwischen Krankenkassen und Landesversicherungsanstalten einerseits, den Krankenküchen andererseits sich organisieren ließe, bleibt späteren Erwägungen überlassen. Ich möchte glauben, daß sich für die Vereinigung mehrerer großer Krankenkassen selbst die Errichtung eigener Krankenküchen wohl rentieren würde. Die Gewährung zweckmäßiger Krankenkost dürfte als ein Heilmittel im gesetzlichen Sinne wohl nicht bestritten werden können.

Zeitschriftenübersicht.

Medizinische Reform. 1906. Nr. 26: Albu, Die sozialhygienische Bedeutung der Errichtung von Magenheilstätten. — Nr. 27: L. Feilchenfeld, Über den Unterschied zwischen der staatlichen und privaten Unfallversicherung. — Nr. 28: A. Lasson, Die Kapitalienanlage der Deutschen Invalidenversicherung. — Nr. 29: V. Löwenthal, Die chronisch und rückfällig Kranken. — Nr. 30: M. Blöch, Die prozentuale Abschätzung der Erwerbsfähigkeit bei Unfallverletzten. — Nr. 31: R. Lennhoff, Die persönlichen und die Wohnungsverhältnisse der städtischen Arbeiterschaft in Magdeburg; D. Munter, Die königliche Eisenbahndirektion Berlin und die freie Arztwahl. — Nr. 32: S. Rosenfeld, Zur Gesundheitsstatistik der Berufe; M. Neißer, Hygiene und Statistik. — Nr. 33: G. Körting, Noch einmal die prozentuale Abschätzung der Erwerbsfähigkeit bei Unfallverletzten; S. Rosenfeld, Fortsetzung aus Nr. 32. — Nr. 36: M. Cohn, Hygienische Mißstände im Nahrungsmittelverkehr. — Nr. 37: R. Lennhoff, Die Bedeutung der Kollektivversicherung für nichtversicherungspflichtige Berufsgruppen des Mittelstandes. — Nr. 38: W. Weinberg, Schularzt und Schulhygiene in Stuttgart. — Nr. 43: A. Baginsky, Die Impressionabilität des Kindes unter dem Einfluß des Milieus. — Nr. 44: Th. Sommerfeld, Verbot der Verwendung des weißen Phosphors in der Zündholzindustrie.

Medizinische Klinik. 1906. Nr. 21: E. Bloch, Einiges über die Simulation bei der traumatischen Neurose; E. Kürz, Fortsetzung aus Nr. 20; W. Esch, Dilettanten und Stümper in der Heilkunde. — Nr. 22: E. Kürz, Fortsetzung aus Nr. 21; Th. Benda, Hygienelehrtafeln für Schüler; H. Häberlin, Die neue Standesordnung der „Gesellschaft der Ärzte in Zürich"; E. Bloch, Fortsetzung und Schluß aus Nr. 21. — Nr. 23: J. Samosch, Zur Frage der geistigen Überbürdung der Kinder; Guglieminetti, Die vierjährigen Erfolge der Straßenteerung gegen die Staubentwicklung; E. Kürz, Fortsetzung aus Nr. 22. — Nr. 24: E. Kürz, Fortsetzung aus Nr. 23. — Nr. 25: H. Häberlin, Staatsarzt oder Privatarzt-System? — Nr. 26: R. Behla, Die geographisch-statistische Forschungsmethode vom ätiologischen und seuchenbekämpfenden Standpunkt; H. Häberlin, Fortsetzung aus Nr. 25. — Nr. 27: Th. Witry, Behördliche Anordnungen bei Epidemien in der alten Zeit; H. Häberlin, Fortsetzung aus Nr. 26. — Nr. 28: H. Häberlin, Fortsetzung aus Nr. 27. — Nr. 29: K. H. Gerwin, Wie kommt Degeneration zustande?; R. Bing, Die heredofamiliären Degenerationen des Nervensystems, in erblichkeitstheoretischer, allgemein pathologischer und rassenbiologischer Beziehung; H. Häberlin, Fortsetzung aus Nr. 28. — Nr. 31: W. Kühn, Ethisch-soziale Betrachtungen über die Rezepte in England und Deutschland. — Nr. 33: E. Aron, Ländliche Hauspflege für Lungenkranke. — Nr. 34: W. G. Esch, Beiträge zu einer biologischen Heillehre. — Nr. 35: W. Weinberg, Die Gefahr der tuberkulösen Infektion durch Ehegatten; W. Knust, Über Wohlfahrtsstellen für Alkoholkranke. — Nr. 37: F. Kirchberg, Über das ärztliche Berufsgeheimnis. — Nr. 38: Th. Benda, Zur Hygiene des Hotelwesens; E. Kürz, Soziale Hygiene. — Nr. 41: Th. Witry, Die erstmalige Entfernung der Ketten der Irren in der französischen Irrenanstalt Bicêtre; E. Kürz, Fortsetzung aus Nr. 40.

Archiv für Rassen- und Gesellschafts-Biologie. 1906. Nr. 4: J. Dräseke, Gehirngewicht und Intelligenz; H. Fehlinger, Die natürliche Bevölkerungszunahme in den Vereinigten Staaten; W. Claaßen, Die Frage der Entartung der Volksmassen auf Grund der verschiedenen, durch die Statistik dargebotenen Maßstäbe der Vitalität, I. Teil; R. Thurnwald, Historisch-soziale Gesetze. — Nr. 5: S. Meyer, Gedächtnis und Vererbung; W. Claaßen, Fortsetzung aus Nr. 4; J. Grober, Ein praktischer Versuch in der Rassenhygiene.

Politisch-Anthropologische Revue. 1906. Nr. 4: G. de Lapouge, Die Entartung in den höheren und niederen Ständen; Chr. v. Ehrenfels, Das Mütterheim. — Nr. 5: L. Woltmann, Anhänger und Gegner der Rassetheorie; K. Schmidh, Die Mutterschaftsversicherung als Grundlage einer mutterrechtlich-polygamischen Sexualordnung. — Nr. 6: H. Pudor, Geschlechtsleben und Nachkommenschaft; F. H. Krolle, Strafrechtsreform und Homosexualität. — Nr. 7: L. Woltmann, Über die Beziehungen von Gehirn und Kultur. — Nr. 8: J. Häny-Lux, Die Körpergröße der Menschen im Laufe der Zeiten; A. Reibmayr, Die biologischen Gefahren der Frauenemanzipation.

Deutsche Krankenkassen-Zeitung. 1906. Nr. 24: 13. Jahresversammlung des Zentralverbandes der Ortskrankenkassen im Deutschen Reiche. — Nr. 29: Ärztliche Stellungnahme zur Düsseldorfer Resolution. — Nr. 30: Die Beschränkung der Krankenkassen auf reine Geldleistungen. — Nr. 31: Wilhelmi, Über Aufgaben und Grenzen ärztlicher Wissenschaft und Kunst.

Zeitschrift für Samariter- und Rettungswesen. 1906. Nr. 12: Kormann, Welche Einrichtungen kann der Verein für Wohlfahrtspflege auf dem Lande zur Fürsorge für Verunglückte und Kranke treffen? — Nr. 15: H. Bach, Unfallmeldewesen auf dem Lande. — Nr. 20: L. Sofer, Das Rettungswesen in Wien. — Nr. 21: F. Kotter, Über Transportwesen.

Die Arbeiterversorgung. 1906. Nr. 18: F. Lutz, Die Krankenversicherung der eingezogenen Reservisten und Landwehrleute; Fuld, Bereicherungsanspruch im Verhältnis von Krankenkassen. — Nr. 19: O. Neve, Die amtliche Denkschrift betreffend die Versicherung gegen Arbeitslosigkeit. — Nr. 21: F. Kleeis, Erweiterung der Tätigkeit der Krankenkassen; H. Unfried, Haftbarkeit des Arbeitgebers bei Vernachlässigung der Unfallanzeigepflicht gemäß § 63 GUVG. — Nr. 22: F. Kleeis, Die Aufnahme von Lohnstatistiken durch die Krankenkassen; Gemeindeschwestern im Dienste der Krankenkassen. — Nr. 23: M. Wörmbke, Zum § 18 des Invalidenversicherungsgesetzes; W. Münzinger, Nochmals die Handhabung des § 34 IVG. und das Einzugsverfahren. — Nr. 24: Empfiehlt sich die Wiedereinführung des Staatskommissars?; P. Köppen, Zur Auslegung des § 25 GUVG. — Nr. 25: H. Unger, Alters- und Invalidenrente; W. König, § 78a und die Dauer des Krankengeldbezuges. — Nr. 26: Schellong, Ist die Ersatzberechtigung der Armenverbände aus der Unfallrente von dem ursächlichen Zusammenhang ihrer Unterstützung mit dem Unfall abhängig, der zur Bewilligung der Unfallrente geführt hat?; E. Dragenscheck, § 53 und 61 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes. — Nr. 29: Hahn, Berechnung der Dauer der Krankenunterstützung. — Nr. 30: O. Braun, Das Recht der Krankenkasse aus § 64 GUVG.; R. Weck, Der Königsberger Ärztekonflikt.

Volkstümliche Zeitschrift für praktische Arbeiterversicherung. 1906. Nr. 14: Silbergleit, Krankenkassen und Arbeiterstatistik; E. Wendlandt, Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten durch die Krankenkassen. — Nr. 15: E. Wendlandt, Der Bericht der geschäftsführenden Kasse für die 13. Jahres-

versammlung des Zentralverbandes von OKK. zu Düsseldorf; F. Stockinger, Die Ruhegehalts- und Hinterbliebenenfürsorge in Baden. — Nr. 16: G. Hoch, Rechte und Pflichten der Selbstverwaltung gegenüber den Krankenkassenbeamten; B. Hilse, Inanspruchnahme der Berufsgenossenschaft durch die Krankenkasse infolge verzögerter Erklärung wegen Übernahme des Heilverfahrens für Betriebsverletzte. — Nr. 17: E. Wendlandt, Der Abschluß des Tarifvertrages zwischen den Ortskrankenkassen-Vorständen und den organisierten Krankenkassenangestellten. — Nr. 20: E. Funke, Das Verhältnis der Krankenversicherung und der Invalidenversicherung zur Unfallversicherung. Vorschläge zur Vereinfachung; Fuld, Das konkurrierende Verschulden der Versicherten in der Krankenversicherung. — Nr. 21: B. Hilse, Anspruch des Empfängers einer Unfallrente auf Fortdauer der Mitgliedschaft trotz nicht geleisteter Krankenkassenbeiträge; E. Funke, Fortsetzung aus Nr. 20.

Reformblatt für Arbeiterversicherung. 1906. Nr. 9: A. Roth, Der Gesetzentwurf für die Hilfskassen; A. Saucke, Die Rentenberechnung nach § 10 Abs. 5 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes; Seelmann, Die Invalidenversicherung in Luxemburg. — Nr. 10: F. Kleeis, Die Krankenversicherung der landwirtschaftlichen Arbeiter; H. Potthoff, Die Sicherung des Rentenanspruchs bei Versäumnis des Klebens durch den Arbeitgeber; Sayffaerth, Die Vereinheitlichung und Ausbau der deutschen Arbeiterversicherung. — Nr. 11: P. Köppen, Gehört die „Beseitigung der Unfallversicherung“ zu den dringlichsten Aufgaben der Weiterbildung der reichsgesetzlichen Arbeiterversicherung?; Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs durch Krankenkassen; Grüllich, Die freie Arztwahl auf dem Lande; Sayffaerth, Fortsetzung aus Nr. 10. — Nr. 12: P. Köppen, Fortsetzung aus Nr. 11; v. Frankenberg, Die Umgestaltung des Hilfskassenwesens; Seelmann, Zum Begriff „Invalidität“; Sayffaerth, Fortsetzung aus Nr. 11; Seelmann, Der Mayet'sche Reformplan. — Nr. 14: P. Brunn, Die Hausgewerbetreibenden und die Versicherung gegen Invalidität und Alter; Appelius, Fortsetzung aus Nr. 13. — Nr. 15: Appelius, Fortsetzung aus Nr. 14; J. Heiden, Das Wiederaufnahmeverfahren in Rentenprozessen; M. Epstein, Fortsetzung aus Nr. 14. — Nr. 16: Appelius, Schluß aus Nr. 15; Seelmann, Die Lehre vom Erhalten und Erlöschen der Anwartschaft (II.); F. Kleeis, Die Vereinigung von Ortskrankenkassen. — Nr. 17: Seelmann, Fortsetzung aus Nr. 16; O. Magen, Ärztetag und Arbeiterversicherungsreform. — Nr. 18: Güldenberg, Zur Vereinigung der Ortskrankenkassen; W. Pieper, Ein Vorschlag zur Abänderung des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirtschaft. — Nr. 19: H. Unger, Die Knappschaftsnovelle; L. Feilchenfeld, Die öffentliche Unfallversicherung auf dem IV. internationalen Kongreß für Versicherungsmedizin; M. Wagner, Zur Frage der Arbeitslosenversicherung.

Kommunale Praxis. 1906. Nr. 27: F. Kleeis, Die Errichtung und Verwaltung öffentlicher Heilanstalten durch die Gemeinden; E. Nitzsche, Die Pensionsberechtigung der Gemeindebeamten in Sachsen. — Nr. 28: F. Workmann, Zur Hygiene des Badens. — Nr. 30: G. Michels, Kommunale Brotbereitung. — Nr. 31: F. Kleeis, Die Festsetzung der „ortsüblichen Tagelöhne“ und die Gemeinden. — Nr. 33: Lokalverkehr und Wohnungsfrage; Milchversorgung und Milchkontrolle. — Nr. 37: F. Kleeis, Die Ausdehnung der Krankenversicherungspflicht durch die Gemeinden. — Nr. 41: C. Eberle, Städtische Arbeiterfürsorge. — Nr. 43: W. Kolb, Die Milchversorgung der Stadt Karlsruhe.

Soziale Kultur. 1906. Nr. 7: Grunenberg, Arbeiterfrau und Arbeiter-

wohnung. — Nr. 8: G. Neuhaus, Das Studium der Statistik in Deutschland. — Nr. 9: G. Neuhaus, Die amtliche Statistik in Deutschland; A. Baur, Die Entwicklungsgeschichte der Schulgesundheitspflege. — Nr. 10: O. Schwartz, Der biologische Unterricht und die Selbsthilfe bei Krankheiten; B. Schilling, Erste Schritte zur Förderung des Wohnungswesens und der Wohnungspflege; J. Weydmann, Zur deutschen Armenrechtsreform.

Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. 1906. Nr. 4: Rotering, Das Landstreichertum der Gegenwart; Polligkeit, Die Bedeutung der Berufsvormundschaft im Kampfe gegen Verwahrlosung und Verbrechen. — Nr. 5/6: Kraepelin, Das Verbrechen als soziale Krankheit. — Nr. 7: Simons, Die neuen niederländischen Gesetze betr. verwahrloste und verbrecherische Kinder; Kurella, Die soziologische Forschung und Cesare Lombroso.

Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege. 1906. Nr. 2: A. Tenholt, Über die Anchylostomiasis; P. Hesse, Über die Auskunfts- und Fürsorgestellen für Lungenkranke; A. Eckert, Das Wöchnerinnenasyl „Luisenheim“ in Mannheim; J. Grassl, Die gegenwärtige Tuberkulosenmortalität in Bayern; O. Gerland, Noch einmal der preußische Gesetzentwurf zur Verbesserung der Wohnungsverhältnisse; E. Kempf, Die Reform des Apothekenwesens; Th. Weyl, Über Müllentladestellen in Wohnquartieren; O. Schwartz, Die freie Ärztewahl vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege; L. Ascher, Der Kohlenrauch, seine Schädlichkeit und seine Abwehr; Gemünd, Hygienische Betrachtungen über offene und geschlossene Bauweise, über Kleinhaus und Mietskaserne. — Nr. 3: Gemünd, Schluß aus Nr. 2; M. Pistor, Zur Medizinalreform in Preußen; K. Kolb, Einfluß der Rasse und Häufigkeit des Krebses nach dessen Verbreitung im Kanton Bern; Solbrig, Das öffentliche Badewesen im Reg.-Bez. Arnsberg; H. Chr. Nußbaum, Die Wassergewinnung durch Talsperren; Anklam, Die Wasserversorgung Berlins bisher und in Zukunft.

Außerdem sind folgende Druckschriften eingegangen:

Barthelmes, Grundsätze der Militärgesundheitspflege für den Truppenoffizier. Berlin 1907. E. S. Mittler u. Sohn. Mk. 2,50. — L. Berthenson, Über russische Buddhisten und die sog. tibetanische Medizin. Sonderabdr. aus Petersb. med. Wochenschr., Nr. 24, 1906. — A. Newsholme, A Manual of Personal and Public Health. Revised Edition. London 1906. Gill and Sons. — B. Weil, Die Wohnungsverhältnisse der Stadt Metz. Straßburg i. E. u. Leipzig 1906. J. Singer. — Denkschrift zur ersten Wohnungsenquete der Ortskrankenkassen in Breslau, bearbeitet von A. Bergmann. Breslau 1906. — Statistische Mededeelingen uitgegeven door het Bureau van Statistiek der Gemeente Amsterdam. No. 15. Armenzorg te Amsterdam 1904 en 1905. No. 16. Statistiek der Bevolkning van Amsterdam en eenige voorname steden der wereld in de jaren 1899—1905. Amsterdam 1906. J. Müller. — Soweit die eingesandten Publikationen aus Platzmangel in der „Zeitschrift für Soziale Medizin“ nicht besprochen werden können, werden sie im „Jahresbericht über Soziale Hygiene, hrsg. von A. Grotjahn und F. Kriegel“, der alljährlich im Juli erscheint, eine Besprechung finden. Daselbst vgl. auch Chronik, Kongresse, Gesetzestafel und vollständige Bibliographie der Sozialen Hygiene und der Sozialen Medizin.

Umschau.

Berlin, den 15. Februar 1907.

In einer der ältesten Universitätsstädte Deutschlands, in Greifswald, hat ein Schwurgericht einen Epileptiker zum Tode verurteilt wegen Morde, die der Patient nach dem Gutachten der Königl. Preuß. wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen und zahlreicher Irrenärzte von Ruf im epileptischen Dämmerzustande vollbracht hat. In einer für den sozial empfindenden Arzt erschreckenden Weise hat dieser Urteilsspruch deutlich gemacht, wie wenig klare Errungenschaften der medizinischen Wissenschaft in das Bewußtsein selbst der gebildeten Kreise unseres Volkes, denen doch Staatsanwalt, juristische und geschworene Mitglieder eines Schwurgerichts angehören, eingedrungen sind. Eine Abhilfe kann nur dadurch geschaffen werden, daß intensiver und extensiver als bisher breite Schichten unseres Volkes mit den Kenntnissen der medizinischen Forschungen bekannt gemacht werden. Der einzige Weg hierzu geht durch die Tagespresse, die im viel größeren Umfang sich die Mitarbeit medizinischer Publizisten sichern müßte. Es sind nur wenige ganz große Blätter, die eine regelmäßige literarische Tätigkeit ärztlicher Mitarbeiter zu schätzen wissen, und es gibt nur wenige Mediziner, die sich der ungemein schwierigen, leider nicht genugsam anerkannten und doch für das allgemeine Wohl so überaus wichtigen Aufgabe unterziehen, in den Tageszeitungen alle medizinischen, die Allgemeinheit interessierenden Fragen kurz, gemeinverständlich und doch interessant zu besprechen. Der Typus des medizinischen Journalisten, den der jüngst verstorbene Wolf Becher in besonders vorbildlicher Weise repräsentierte, hat sich noch nicht hinreichend durchgesetzt und nur wenigen Ärzten (wie J. Kastan, P. Meißner, R. Lennhoff) geben

große Tageszeitungen Gelegenheit, ihre publizistische Begabung und den größten Teil ihrer Arbeitskraft in den Dienst der Journalistik zu stellen.

Eine höhere Wertung der medizinischen Publizistik scheint sich selbst unter den ärztlichen Standesgenossen anzubahnen. Wenigstens ist das aus der Berufung von namhaften Schriftstellern in die am weitesten verbreiteten Standesblätter zu schließen. So ist mit Beginn dieses Jahres O. Magen in die Redaktion des „Ärztlichen Vereinsblattes", des Organs des Deutschen Ärztevereinsbundes, eingetreten und weiterhin W. Hellpach zur Redaktion der „Ärztlichen Mitteilungen" des Leipziger Verbandes berufen worden. Diese Namen bieten eine Gewähr, daß unsere gelesensten Standesblätter in Zukunft nicht nur nach der formalen Seite auch hochgespannten publizistischen Ansprüchen genügen, sondern trotz kräftiger Wahrung der Standesinteressen auch die allgemeinen Gesichtspunkte nicht außer acht lassen werden. Die Soziale Medizin und die Soziale Hygiene sind deshalb wohl zu der Hoffnung berechtigt, von jetzt ab auch bei den leitenden Standesblättern mehr Berücksichtigung zu finden.

Vom 12.—14. Januar fand in Berlin die Generalversammlung des unter der Leitung von Helene Stöcker und Marie Lischnewska stehenden Bundes für Mutterschutz statt. Außer dem Schutze lediger Mütter und deren Kinder strebt der Bund auch eine Reform der sexuellen Ethik an. Eine Kritik letzterer Bestrebungen muß so lange vertagt werden, als nicht die Grundsätze, die als Unterlage für eine Propaganda dienen sollen, in klarer Formulierung vorliegen. Es muß abgewartet werden, ob sich aus dem Chaos der Meinungen, das besonders die erste Mitgliederversammlung offenbarte, feste Gebilde oder nur Höhennebel abscheiden werden. Jedenfalls ist es vom Standpunkte der Sozialen Hygiene höchst beachtenswert, daß auf der Tagung über Mutterschaftsversicherung (Ref.: P. Mayet) und über Heiratsverbote minderwertiger Personen (Ref.: M. Markuse) verhandelt wurde. Die Diskussion über dieses Problem endete mit einer Resolution, in der die Forderung eines obligatorischen Gesundheitsattestes vor der Eheschließung gefordert wurde. Der Gedanke, direkt die Frauenwelt für eine allen hygienischen Anforderungen gerecht werdende Gestaltung des Generationsprozesses und des Geschlechtslebens zu gewinnen, ist fast zu schön, als daß man an seine Verwirklichung glauben könnte. Die traurigen Erfahrungen, die die Soziale Hygiene bei dem Versuche machte, die Frauenwelt für eine

so wichtige Frage wie die Wiederaufnahme der Sitte des Selbststillens oder die etwas weniger wichtige der Reform der Frauenkleidung zu interessieren, läßt hier ein gewisses Mißtrauen, ob die große indifferente Masse der Frauenwelt den klugen, eifrigen und willensstarken Führerinnen auch wirklich folgen wird, wohl gerechtfertigt erscheinen.

Mit Beginn des Wintersemesters hat Th. Rumpf an der Universität Bonn ein Seminar für Soziale Medizin eröffnet, das sich regen Zuspruches sowohl der Studierenden als auch der praktischen Ärzte erfreut.

In Brüssel erscheint seit Beginn des Jahres 1907 die Halbmonatsschrift „La Revue Medico-Sociale“, hrsg. von O. Laurent und J. Crocq.

Am 20. November 1906 starb der Berliner Medizinalstatistiker Georg Heimann im 54. Lebensjahre. In Leipzig starb am 8. Januar 1907 der bekannte Nervenarzt, Psychologe und um die Errichtung von Volksheilstätten für Nervenkranke verdiente P. J. Möbius im 54. Lebensjahre. Am 4. Februar 1907 starb in Berlin der frühere langjährige Präsident des Reichsversicherungsamtes, T. Bödiker, einer der bedeutendsten Organisatoren des sozialen Versicherungswesens, im 64. Lebensjahre.

A. Grotjahn.

Die Soziale Hygiene, ihre Methoden, Aufgaben und Ziele.

Von Dr. med. Adolf Gottstein, Charlottenburg.

(Schluß.)

III.

Die Anthropometrie.

In seinem Aufsatz „Hygienisches von Stadt und Land“ betont Rubner,[1]) daß die Sterblichkeitsstatistik als Maß für die Gesundheit des Volkes vielfach überschätzt werde. Eine geringe Mortalitätsziffer sei immer nur der Ausdruck für die Herabsetzung der Lebensgefahr, aber noch kein Beweis für den Grad des körperlichen und geistigen Wohlbefindens. Trotz des Zurückgehens der Todesziffer hebe sich die Qualität des Menschenmaterials in manchen Landesteilen nicht oder sinke sogar. Die Tatsache selbst ist zutreffend, nicht ganz aber die ihr von Rubner gegebene Deutung. Denn bei der von Rubner betonten Unzulänglichkeit der Mortalitätsstatistik spielt eine rein statistische Frage wesentlich mit. Westergaard, der einmal die Sterblichkeit „ein Thermometer der Freuden und Leiden der Gesellschaft“ nennt, gibt für diese den Statistikern wohl bekannte Erscheinung zahlreiche Beispiele an, aus denen hervorgeht, „daß in allen einzelnen Elementen einer Gesellschaft ein Fortschritt stattfinden kann, während die Gesellschaft als ein Ganzes betrachtet, doch zurückgeht, indem die Zusammensetzung derselben minder gut wird, als sie vordem war.“[2]) Die Ursache dieser Unzulänglichkeit in der Methode für einen ganz speziellen

---

[1]) München, Oldenbourg. 1898.

[2]) I. Aufl., S. 124.

Fall ist eine so elementar arithmetische, daß sie Westergaard gar nicht erst besonders begründet. Da dieses Problem aber für den Hygieniker recht wichtig ist, so sei hier auf die Fehlerquelle ausführlicher eingegangen. Wenn eine Bevölkerung M mit der Gesamtsterblichkeit A sich aus einzelnen Gruppen m_1, m_2 etc. zusammengesetzt, deren zugehörige Sterblichkeit a_1, a_2 etc. ist, so ist $\frac{A}{M}$ selbstverständlich weder $= \frac{a^1}{m^1}$ etc. noch $= \frac{a^1}{m^1} + \frac{a^2}{m^2}$ etc. Verschieben sich die Werte m_1, m_2 untereinander durch Binnenwanderungen oder andere soziale Einflüsse, so können rechnerisch in den einzelnen Gruppen und insgesamt scheinbare Besserungen vorgetäuscht werden, die sogar gelegentliche Verschlechterungen völlig verdecken.

Immerhin besteht hier eine Lücke in der Methodik. Rubner hält es darum für „dringend erwünscht und zeitgemäß“, eine wirkliche, den anthropometrischen Grundsätzen entsprechende Gesundheitsstatistik zu schaffen. Grotjahn[1]) macht mit Recht darauf aufmerksam, daß diese Aeußerung eines Forschers, dessen Bedeutung auf dem Gebiete der Laboratoriumstätigkeit liege, besonders eindringlich für die Wichtigkeit der Anthropometrie als Hilfswissenschaft der Sozialen Hygiene spräche; er hebt weiter hervor, daß andere Länder, wie namentlich England, uns in der Heranziehung dieser Methode überlegen sind. Als Hilfsmethode der Sozialen Hygiene steht sie aber auch im Auslande erst in den Anfängen.

Die Anthropometrie war ursprünglich ein Teil des wissenschaftlichen Rüstzeuges der Künstler, später wurde sie eine eifrig bearbeitete Methode der Anthropologie. Schon im Altertum bemühten sich die Künstler für die Größenverhältnisse der einzelnen Körperteile bestimmte gesetzmäßige Beziehungen aufzufinden, um eine ideale Körperform festzustellen, welche dem schaffenden Künstler zum Anhalt dienen sollte; und auch in neuerer Zeit haben Künstler wie namentlich Schadow und Rietschel die Proportionen der Körpergestalt in bestimmte Gesetze zu bringen versucht. Carus legte in seinem Werke über „die Symbolik der menschlichen Gestalt“[2]) das Verhältnis der einzelnen Glieder zur Wirbelsäule zugrunde und schuf in seinem „Modulus“, welcher den dritten Teil der Wirbelsäule bildete, ein neues Einheitsmaß an Stelle der im Altertum

[1]) Die Anthropometrie im Dienste der Sozialen Hygiene. Mediz. Klinik, I. 12. 1905.

[2]) Leipzig 1853.

gebrauchten Einheiten. Man nannte ein solches System, welches die Größe der einzelnen Glieder in Bruchteilen oder Prozenten des Modulus ausdrückte, einen „Kanon". Der neueste Versuch der Aufstellung eines Kanons wurde von dem Berliner Anthropologen Fritsch[1]) gemacht. Der Amerikaner Gould stellte zahlreiche Messungen an gesunden Individuen verschiedener Rassen an, deren Vergleich mit dem Ideal-Kanon der Künstler deshalb von Interesse ist, weil er eine auffällige Uebereinstimmung der Normalfiguren mit den künstlerischen Postulaten ergibt. Es sei hier aus dem Werke von Ranke[2]) folgende Tabelle wiedergegeben:

	Schadow	Gould	Carus
Körpergröße	100	100	100
Rumpflänge	37	39	39
Schulterbreite	26	24	24
Hängender Arm	44	43	43
Oberarm	20	20	20
Vorderarm	23	23	23
Hand	10	—	10
Fuß	15	15	15

Ganz andere Zwecke verfolgt die Heranziehung der Anthropometrie für anthropologische und physiologische Probleme. Es war zuerst wieder Quetelet, der systemathische Messungen an ausgewachsenen und wachsenden Individuen beider Geschlechter vornahm, um durch Feststellung eines Durchschnittstypus die Verhältnisse des erwachsenen Menschen und die Wachstumsgesetze aufzuklären. Er berichtete über seine Forschungen in seinem ersten Werke „Sur l'homme" und versuchte schon damals Normalformeln einzuführen; er setzte dann durch lange Zeit diese Untersuchungen fort und legte sie in einem größeren Werke nieder.[3]) Quetelet beschäftigte sich hauptsächlich mit Körpergröße, Brustumfang und Körpergewicht. Seither wurden Massenbeobachtungen über die Beziehungen dieser Zahlen in den verschiedenen Bevölkerungsschichten und Rassen Gegenstand des Studiums vieler Forscher, vor allem ist die Frage des Wachstums des menschlichen Körpers, der Wachstumsstufen im Kindesalter, der gesetzmäßigen Zunahme von Körpergröße und Körpergewicht vom Säugling bis zur Reife Gegenstand zahlreicher Arbeiten geworden. Die Ergebnisse sind

[1]) Ztschr. f. Ethnologie, 1893.
[2]) Johannes Ranke, Der Mensch. Leipzig 1894, 2. Aufl., Bd. I, S. 15.
[3]) Anthropométrie. Bruxelles 1871/73.

in mehreren größeren Werken niedergelegt, von denen hier nur die folgenden genannt werden sollen:

Ranke, Der Mensch,

Daffner, Das Wachstum des Menschen, Anthropologische Studie,[1])

Anthony, Anthropologie physique.[2])

Das letztere Werk sei deshalb hervorgehoben, weil es auch die außerdeutsche Literatur ausführlich behandelt und die Methoden und Instrumente der Anthropometrie genau schildert und abbildet. Genannt werden müssen auch die Prachtwerke von Straatz, wie z. B. „der Körper des Kindes“.[3]) Die Methoden in der Verwertung der Ergebnisse sind, da es sich um Massenbeobachtungen handelt, im wesentlichen dieselben, wie die der Statistik, nur dem besonderen Zwecke einigermaßen angepaßt. Einen großen Wert legen die Anthropologen auf die Methode der „Serienberechnung“. Wenn z. B. eine bestimmte Anzahl Messungen der Körpergröße eines bestimmten Lebensalters und einer bestimmten Bevölkerungsschicht vorliegen, die innerhalb einer gewissen Breite schwanken, so werden die Werte der Körpergröße in Serien von je 5 cm zerlegt und die für jede Serie beobachteten Zahlen graphisch in einer Kurve aufgezeichnet. Die Kurve zeigt dann meist das Ueberwiegen eines bestimmten Durchschnittstypus, der als der gesetzmäßige zu gelten hat (Quetelet's Binomial-Kurve). Die Abweichungen nach beiden Seiten von dem steilen Kurvengipfel ergeben bei eindeutigem Resultate nur sehr niedrige Werte. Natürlich ist diese Serienmethode nichts weiter als eine graphische Darstellung des „mittleren Fehlers“ der Statistik. Außer den Hauptgegenständen der Beobachtung, Schädelmaße, Rumpfmaße, Körpergröße, -Umfang und -Gewicht hat man sich auch bemüht noch andere Werte heranzuziehen. Man hat Methoden der Oberflächenmessung empirisch und durch Aufstellung von Formeln angegeben, und man hat ferner versucht, das spezifische Gewicht zu bestimmen. Alle diese Versuche, die zum Teil in die Konstruktion ungeheuerlicher Formeln ausliefen, haben bisher keine praktische oder unanfechtbare wissenschaftliche Bedeutung gewonnen. Viel wichtiger sind die Arbeiten, welche mit Hilfe der Leichenbeobachtung über Organwägungen berichten. Namentlich die Wägungen des Gehirns haben

[1]) Leipzig, Engelmann, 1902, 2. Aufl.
[2]) Traité d'Hygiène von Brouardel u. Mosny, Bd. III, Paris, Baillère 1906.
[3]) Stuttgart, Enke 1903.

seit Bischoff große Bedeutung gewonnen, aber auch die Studien der Bollingerschen Schule über normale Größen- und Gewichtsverhältnisse der inneren Organe verdienen Beachtung. Eine große Lücke der Forschung ist darin zu sehen, daß die Histologie zu anthropometrischen Messungen bisher fast gar nicht herangezogen ist. Zwar Messungen der Größe und Zahl der Blutkörperchen gehen um viele Jahrzehnte zurück, aber wir wissen wenig oder gar nichts über die Zahl der Zellen und Zellengruppen der einzelnen Organe in normalen und abnormen Verhältnissen und über die Aenderung dieser Zahlen mit dem Wachstum.

Die bis zu Quetelet zurückreichenden Versuche, für gesetzmäßige Beziehungen Formeln aufzustellen, sind in der Neuzeit fast ganz verlassen worden; wie in der Statistik ist man auch hier mehr bemüht, zuverlässiges Material durch Massenbeobachtungen zu sammeln. Namentlich in England haben Forscher, wie Galton, eigene anthropometrische Institute eingerichtet, und es bestehen Komitees zur anthropometrischen Aufnahme der Gesamtbevölkerung, von denen einige Berichte schon vorliegen. Auch in Deutschland hat unter Gustav Schwalbe's Leitung die Deutsche Anthropologische Gesellschaft mit Unterstützung des Staates die anthropometrische Aufnahme der Wehrpflichtigen beschlossen, und wir haben von diesem großen Werke in der nächsten Zeit wichtige Aufschlüsse zu erwarten. Kleinere und größere Aufnahmen einzelner Gruppen wie der Wehrpflichtigen, der Schuljugend usw. liegen im Auslande und zum Teil in Deutschland vor. Es sei nur der großen Werke von Livi[1]) gedacht.

An der Anthropometrie haben noch verschiedene andere Gruppen Interesse. Von Anfang an haben sich besonders die Rassenforscher mit deren Ergebnissen beschäftigt, weil sie Abweichungen der Schädelform und der Körpergröße als Rassenmerkmale, als bleibende wie als veränderliche, hinstellen konnten und die Einflüsse von Klima, Bodenbeschaffenheit, Vererbung und Wanderungen auf die Körpermaße festzulegen sich bemühten. Ferner haben die Militärärzte Interesse an anthropometrischen Aufnahmen, weil Abweichungen von dem normalen Typus Anhalte für die Brauchbarkeit geben. Ihnen verdanken wir zwar viele Bereicherungen unseres wissenschaftlichen Materials, aber dieses erstreckt sich nur auf ein bestimmtes, wenige Jahre umfassendes Lebensalter und ist deshalb für Schlußfolgerungen nur mit Vorsicht

[1]) R. Livi, Anthropologia militare. I Rom 1898, II 1905.

zu gebrauchen. Daß die Psychologen auf Grund der Messungen von Schädelgröße und Hirngewicht seit Bischoff der Anthropometrie sich bedienten, ist bekannt.[1]) Aus der neuesten Zeit sind die Studien D. v. Hansemanns[2]) über die Gehirne hervorragender Männer, wie Helmholtz, besonders bemerkenswert.. — Von größter Bedeutung ist die Anthropometrie für die Versicherungsärzte, und gerade ihnen verdanken wir manche Aufschlüsse. Aus der neuesten Zeit datieren die schon angeführten Arbeiten von Florschütz und Gottstein, und der Versicherungsmathematiker der Gothaer Lebensversicherungsbank Karup hat erst kürzlich ein Schema des normalen Verhaltens der absoluten Werte von Körpergröße, Leibumfang und Körpergewicht nach Körpergröße und Lebensalter auf Grund eines großen Materials aufgestellt,[3]) das allerdings mehr praktische als wissenschaftliche Bedeutung hat, weil die Messungen am bekleideten und beschuhten Körper stattfanden. Kinderärzte und Schulärzte bedienen sich ebenfalls für ihre Schlußfolgerungen über das normale Wachstum der Daten dieser Wissenschaft.[4]) Daß auch die Klinik aus der Anthropometrie zum Zweck des Ausbaues der Prognostik Nutzen zu ziehen bemüht ist, beweisen z. B. die Arbeiten der Schüler von Strümpell über das spezifische Gewicht,[5]) ferner eine größere Arbeit von F. Kraus,[6]) sowie die Untersuchungen von W. Becher und R. Lennhoff[7]) über den Zusammenhang von Körperformen und Tiefstand der Nieren. Selbst die Kriminalistik hat sie herangezogen, und besonders hat A. Bertillon die Aufnahme des Körpers zur Feststellung der Individualität zu einem großen Gebäude ausgebildet und hierbei interessante Gesetze über die gegenseitige Beeinflussung des Wachstums einzelner Organe infolge größerer Inanspruchnahme aufgestellt. Das Bertillon'sche anthropometrische System wird vielfach zur Feststellung der Identität angewendet.

Zum Hilfsmittel der Sozialen Hygiene wird indes die Anthropometrie erst durch die Feststellung, daß unter der Ein-

[1]) Ranke, Bd. II, S. 551 ff.

[2]) Ztschr. f. Psych., Bd. XX.

[3]) Verhandlungen des IV. internationalen Kongresses für Versicherungsmedizin. 1906.

[4]) Stephani, D. m. Woch., 1906, Nr. 44 u. Rietz, Arch. f. Anthropol., I. 1. 1903.

[5]) Münchener med. Woch., 1903, 34 u. 35 und Med. Klin., 1906, Nr. 9.

[6]) Über konstitutionelle Schwäche des Herzens. Festschrift für Leuthold Hirschwald, 1906, S. 327.

[7]) Verhandl. des 17. Kongresses f. innere Medizin u. Med. Reform. 1906.

wirkung gesellschaftlicher Einflüsse die Maße des Körpers ganz wesentlich verändert werden. Freilich stehen wir hier erst am Anfang der Forschung, trotzdem die Feststellung der Tatsache selbst bis in den Beginn des 19. Jahrhunderts zurückreicht. Schon Villermé hat 1819 betont, daß „die Körpergröße um so mehr ansteigt und das Wachstum sich um so schneller beendet, je reicher das Land, je größer der Wohlstand; daß Wohnung, Kleidung und vor allem Nahrung von Einfluß sind und daß Sorgen, Anstrengungen, Not in der Kindheit und Jugend das Wachstum hemmen, mit anderen Worten, daß das Elend und seine Begleitumstände die Entwicklung des Körpers herabsetzen und geringere Körpergröße herbeiführen.“ [1]) Diese Beobachtungen blieben lange ziemlich unbeachtet. Größeres Aufsehen erregte es, als Pfitzner [2]) sozialanthropologische Studien veröffentlichte, in denen er auf Grund von Beobachtungen an Lebenden und Leichen die Überlegenheit der Körpergröße und Kopfgröße bei höherer Intelligenz nachwies. Nach ihm dokumentiert sich höhere Intelligenz schlechthin in durchschnittlich höherer Statur. Derartige Studien hat neuerdings Röse [3]) fortgesetzt und ist bei Untersuchungen an Kindern und Erwachsenen aller Stände zu ganz ähnlichen Ergebnissen gekommen. Von weiten Gesichtspunkten und mit sorgfältiger Methode hat ferner Rietz in seiner Studie über Körperentwicklung und geistige Begabung [4]) die Ergebnisse von Messungen an 20000 Schülern zu der Schlußfolgerung verwertet, daß in jedem Alter die normal vorgeschrittenen Schüler durchschnittlich die entwickelteren, andererseits die minderbefähigten auch die körperlich zurückgebliebenen sind. Besonders eingehend hat sich mit diesen Fragen noch Marina [5]) beschäftigt, indem er den Einfluß der Lebensweise, der Ernährung, des Wohlstandes, des Klimas und vorausgegangener Krankheiten auf die Körpermaße des wachsenden Organismus studierte mit dem Ergebnis, daß neben den in erster Reihe in Betracht kommenden Rassenschwankungen sozialhygienische Einwirkungen von weitgehendem Einfluß auf die Entwicklung des Körpers sind. Mit diesen Literaturangaben soll das Thema nicht als erschöpft gelten. Die Arbeiten von Ammon, welcher die Änderung der Körperformen und namentlich der Schädelformen

[1]) Quetelet, Sur l'homme etc., Bd. II, S. 14.
[2]) Ztschr. f. Morphol. u. Anthropologie, 1901.
[3]) Arch. f. Rassen- u. Gesellschaftsbiologie, II, 5 u. 6, 1905.
[4]) Ztschr. f. Schulgesundheitspflege, XIX, 1906.
[5]) Politisch-anthropol. Revue, 1903, 11 u. 12.

durch die Abwanderung vom Land nach der Stadt untersuchte und dem das Verdienst zukommt, auf die Wichtigkeit der Methode als einer der ersten nachdrücklich hingewiesen zu haben, sind hier absichtlich nicht eingehender besprochen, weil sie viel Widerspruch gefunden haben. Soviel geht aus der kurzen Schilderung der geschichtlichen Entwicklung der Anthropometrie hervor, daß ihre Anwendung auf die Probleme der Sozialen Hygiene reiche Ausbeute verspricht, daß aber erst bescheidene Anfänge vorliegen. Diese Anfänge schienen aber der von der englischen Regierung eingesetzten Kommission zur Untersuchung einer körperlichen Entartung des britischen Volkes, deren Ergebnisse im Jahre 1904 in einem Bericht von 2 Bänden [1]) dem Parlament unterbreitet und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht wurden, bedeutsam genug, um periodische anthropometrische Aufnahmen der Bevölkerung zu beantragen. Es verspricht in der Tat eine reiche Ausbeute, zunächst umfangreiches Material über die Körperverhältnisse der einzelnen Bevölkerungsschichten zu sammeln und deren Abhängigkeit von ganz bestimmten Faktoren systematisch zu bearbeiten. Eine Teilung der Aufgaben in interessante Einzelprobleme ist nach den verschiedensten Richtungen möglich. Man kann z. B., wie dies Röse getan, bei der Untersuchung von Rekruten die Werte der Körpergröße mit der Art der Ernährung im Säuglingsalter in Zusammenhang bringen.

Das Bestreben der Heranziehung der Anthropometrie zur Lösung von Aufgaben der Sozialen Hygiene zeigt noch überall die Spuren der Jugendlichkeit, ein Grund mehr, sich mit ihr ernstlich zu befassen. Sollte es dereinst in hoffentlich nicht zu ferner Zukunft auch bei uns Laboratorien geben, welche der Sozialen Hygiene zur Verfügung stehen, so wird es dann auch möglich sein, die mikroskopische Anthropometrie auszubilden, von der heute nicht einmal Anfänge vorliegen. Daß aber die Heranziehung des Mikroskops zu Messungen der Zahl und der Größe der Elementarbestandteile in den einzelnen Organen im wachsenden und erwachsenen Zustande, bei normalen und krankhaften Vorgängen, wichtige Aufschlüsse für Klinik, Anthropologie und Soziale Hygiene verspricht, das ist eine Vorstellung, die sich bei mir durch jahrelange Beobachtungen der individuellen Reaktion am Krankenbett herausgebildet hat. Hier könnte vielleicht eine ganz neue Sonder-

[1]) London 1904. Eyre u. Spottiowoode. Referat: Politisch-anthropol. Revue, V. 3, von Hans Fehlinger.



methode entstehen von so überraschend reicher Ernte, wie sie vor 25 Jahren in ganz kurzem Zeitraum die neu erstandene Bakteriologie einbrachte.

IV.

Das weitere methodische Rüstzeug der Sozialen Hygiene.

In seiner oft erwähnten Rede betont Rubner, daß Nationalökonomie und Hygiene auf einander als Hilfswissenschaften angewiesen seien und daß jeder Arzt Kenntnisse auf dem Gebiete der Nationalökonomie haben müsse. Mit den Berührungspunkten beider Wissenschaften beschäftigt er sich aber nur kurz; neue Erfindungen bedingten neue Gesundheitsgefahren, Umwälzungen der Produktion reiften andere Lebensverhältnisse für den Arbeiter, neue Handelswege schüfen veränderte Existenzbedingungen. Gründlicher noch als Rubner's Arzt muß aber der Vertreter der Sozialen Hygiene mit der Geschichte der wirtschaftlichen Umgestaltungen in den letzten hundert Jahren und mit der Natur der Kräfte, die zu ihnen geführt haben, vertraut sein. Bei dem steten Fluß dieser Vorgänge darf er sogar sein Wissen nicht bloß aus der Geschichte und aus den Handbüchern schöpfen, sondern er muß es verstehen, nach den Worten von Hueppe selbst frisch und mit gesunden Sinnen umherzuspähen. Und da die Rückwirkungen aller dieser Umwälzungen auf die Gesundheit der zunächst beteiligten Kreise noch lange nicht erschöpfend studiert sind, so ist für das offene Auge noch recht viel Neues zu sehen.

Wohl wenigen Geschlechtern war es seit dem Bestehen einer menschlichen Kultur auferlegt, in der Aufeinanderfolge von kaum drei Generationen sich so tiefen Veränderungen der Existenzbedingungen anzupassen, wie den Lebenden der letzten sechs bis sieben Jahrzehnte; niemals aber ist eine derartige Anpassung mit so geringem Verlust an Menschenleben vollzogen worden. Die Gründung der Städte und festen Siedelungen in Mitteleuropa vor etwa tausend Jahren hatte für deren Bewohner jahrhundertelange und recht erhebliche Todesgefahren zur Folge, die oft bis in die neueste Zeit fortbestanden, falls nicht ein großer Brand oder eine ähnliche elementare Katastrophe die Rolle der Sanitätspolizei übernahm. Die positiven und negativen gesundheitlichen Folgen der Entdeckung von Amerika und der Eröffnung anderer Erdteile verteilten sich ebenfalls auf einen außerordentlich langen Zeitraum.

Wir und unsere unmittelbaren Vorfahren erlebten in ganz kurzem Zeitraum zwei ganz ähnliche Vorgänge, die Massenabwanderung vom Lande in die riesenhaft anwachsenden Städte und die wirtschaftliche Erschließung der Länder der bevölkerten Erde; ihre Bewohner und ihre Produkte wurden einander so genähert, daß statt Monaten und Wochen nunmehr nur noch Tage und Stunden uns trennen und daß statt vereinzelter lockerer Fäden uns ein rasch entstandenes dichtes Maschengewebe von Beziehungen verbindet. Und die großen technischen Entdeckungen, denen wir diese Annäherungen verdanken, erforderten den intensivsten Frondienst zahlreicher Menschen, deren veränderte Lebensbedingungen nach Verpflanzung aus den angestammten verstreuten Siedlungsstätten in die Zentren enger Anhäufungen bei jäher Änderung der Lebensweise Gegenstand eifrigsten Studiums der Nationalökonomie geworden sind.

Die Hygiene, deren engere Aufgabe die Erforschung der Rückwirkung dieser Wandlung auf die Gesundheit der Gesellschaft und ihrer Teile ist, stellt nun die überraschende Tatsache fest, daß mit dieser Umwälzung ein Sinken der Sterblichkeit aller Altersklassen verbunden ist, daß die Mortalität der Städte, früher viel erheblicher als die der Landbevölkerung, sogar stärker herabgegangen ist als die letztere. Aber bei der Teilung des Materials zur näheren Erörterung dieser Tatsache ist die Hygiene Schritt für Schritt darauf angewiesen, sich Rat in den Schriften der volkswirtschaftlichen Forscher zu holen und deren Methoden so weit verstehen zu lernen, um nicht jeder kritischen Würdigung der übermittelten Ergebnisse entbehren zu müssen. Der Hygieniker muß wissen, was ihm der Nationalökonom über die Lebens- und Ernährungsverhältnisse, die Arbeitsbedingungen, die Lohnverhältnisse und deren ortsübliche Verwertung in den einzelnen Schichten der Gesellschaft, was er ihm über die Gewohnheiten während der Arbeit und der Erholungszeit mitzuteilen hat. Ja, er muß auch die Forderungen kennen, welche die Arbeiterklassen zur Verbesserung ihrer Lage aufstellen; er muß versuchen, eine Vorstellung von der seelischen Verfassung und Denkweise dieser Bevölkerungsgruppe zu gewinnen. So vorgebildet vermag er mit seinem ärztlichen Rüstzeug die Ergebnisse der Nationalökonomie zu ergänzen, indem er die Rückwirkung dieser Zustände auf die Gesundheit der beteiligten Gruppen erforscht und die Mittel zur Beseitigung von Mißständen sucht.

Im Gegensatz nun zu dem günstigen Vorurteil, welches die Herabsetzung der Gesamtsterblichkeit erweckt, ist die

Rückwirkung der Änderungen der Gesellschaft durch den technischen Aufschwung auf zahlreiche Einzelschichten doch oft recht ungünstig und verbesserungsbedürftig. Am deutlichsten ist dies auf dem Gebiete der Gewerbehygiene zutage getreten; die zahlreichen anderen Beziehungen zwischen volkswirtschaftlicher Entwicklung und Gesundheitsgefahr, die nicht unmittelbar mit der Gewerbehygiene zusammenhängen, sind bisher viel weniger bearbeitet worden, als sie bei ihrer Wichtigkeit beanspruchen müssen. Darum seien einige dieser Probleme hier beispielsweise erwähnt, schon weil sie den engen Zusammenhang zwischen Nationalökonomie und Sozialer Hygiene dartun. Hierher gehört zunächst eine Frage, welche die Gesamtbevölkerung angeht, und welche durch Ascher und Rubner ganz neuerdings zum Gegenstand besonderen Studiums und eindruckvollster Propaganda gemacht worden ist; die Frage der Luftverschlechterung in den Städten durch die Kohlenfeuerung der Industrie.[1] Das Mahnwort von Rubner, daß uns heute ein Kampf gegen die schlechte Luft obliegt, wie wir einstmals einen solchen gegen das schlechte Wasser der Städte geführt, wird hoffentlich Nachhall finden. Wohl ebenso wichtig ist die besondere Frage der durch wirtschaftliche Vorgänge erheblich umgestalteten Lage des jugendlichen Alters beider Geschlechter und der außerordentlich komplizierten Rückwirkung auf deren Gesundheit. In den Klassen der Arbeiter werden die Jünglinge jetzt in einem Lebensalter wirtschaftlich unabhängig, in dem sie sonst als Hilfsarbeiter der Eltern von diesen erhalten wurden und in deren Heim unselbständig verweilten. Der Einfluß dieses Vorganges auf körperliche und moralische Gesundheit bedarf der sorgfältigsten Beachtung. Umgekehrt bleiben die Söhne der besitzenden Stände durch den Zudrang zu Berufsarten mit längerer Vorbildungszeit viel häufiger wirtschaftlich abhängig als früher. Ist aber hier das Ziel erreicht, so haben Ehrgeiz, geselliger Zwang, das Bedürfnis, die in stetem Kampf ums Weiterkommen stark mitgenommenen Nerven durch Kontrastwirkung zu entspannen, vielfach zu einer Lebensweise geführt, welche von der Einfachheit und Körperschonung früherer Zeiten erheblich abweicht. Und diese Kehrseite einer höheren sozialen Stellung läßt sich in ihrer Rückwirkung auf die Sterblichkeit schon jetzt deutlich erkennen. Im Gegensatz zur allgemeinen Abnahme der Sterblichkeit steht die Zunahme der

[1] Daß auch diese Frage schon vor 200 Jahren die Ärzte viel beschäftigte, beweist meine Notiz in Ztschr. f. Soz. Med., I. 267.

Todesziffern in den besser situierten Gesellschaftskreisen an Stoffwechselkrankheiten und Krankheiten des Gefäßsystems,[1]) deren Ursachen Gollmer direkt in der Überernährung, dem gesteigerten Konsum von Genußmitteln, der beruflichen geistigen Überanstrengung und der Zunahme des Gesellschaftslebens findet.

Wenn einst die Hygiene des Geistes, deren Wichtigkeit Rubner betont, mehr bearbeitet wird, so wird auch die gesundheitsschädliche Wirkung der grellen, auf Auge und Ohr wirkenden täglichen Reize der Großstadt, wie des steten Gehetztseins ohne genügend große Ruhepausen einer größeren Beachtung wert gefunden werden. Sie verkürzen unser Leben statistisch nachweisbar vielleicht nicht um eine Stunde; wie sehr aber sie unsere Nerven abnutzen, fühlen wir Großstädter am deutlichsten bei unserer jährlichen Sommerflucht. Ebenso wichtig sind die Einwirkungen der Monotonie maschineller Arbeit auf die Seele. Diese häufige Quelle schwerer Neurasthenie, die, gewiß unter Mitwirkung anderer Momente, zu schweren nervösen Herzaffektionen, gelegentlich zu verfrühter Invalidität, aber auch einmal zu psychischen Störungen führen kann, ist wenigstens in der gewerbehygienischen Literatur bisher nicht genügend gewürdigt worden. Das Gegenstück bilden die Neurasthenien und der völlig geistige, körperliche oder moralische Zusammenbruch solcher Geistesarbeiter, welche der Ehrgeiz des Tages trieb, Zielen nachzugehen, denen ihre körperlichen, geistigen, moralischen oder materiellen Kräfte auf die Dauer nicht gewachsen waren. Diese Erscheinung selbst ist nicht neu, wohl aber ihre Häufung und deren ursächlicher Zusammenhang mit wirtschaftlichen Vorgängen.

Die Anforderungen an nationalökonomisches Wissen und Verstehen sind daher nicht gering, und fast könnte es zu weitgehend erscheinen, daß als Rüstzeug der Sozialen Hygiene außer ihnen auch noch die Beschäftigung mit einem anderen Gebiete der Geisteswissenschaften verlangt wird, nämlich mit der Gesetzeskunde. Und doch hat in den letzten Jahrzehnten die legislatorische Tätigkeit auf dem Gebiete der Gesundheitspflege durch Gesetze und Verordnungen einen Umfang angenommen, der schon dem Arzte, mehr noch dem Vertreter der öffentlichen Gesundheitspflege, aber auch speziell dem Sozialhygieniker die Pflicht auferlegt, wenigstens sich mit der Tatsache des Vorhandenseins dieser gesetzlichen Be-

---

[1]) Gollmer, Die Todesursachen bei den Versicherten der Gothaer Lebensversicherungsbank. Berlin, Mittler, 1906.



stimmungen und der Gebiete, auf die sie sich erstrecken, vertraut zu machen. Diese Aufgabe wird dem Arzte durch das Bestehen eigener Sammlungen und viel verbreiteter Kommentare erleichtert. Auch besondere Fachblätter, wie z. B. die „Soziale Praxis“ dienen diesem Zwecke; besonders sei auch auf die Abschnitte „Chronik der Sozialen Hygiene“ und „Gesetzestafel“ im Jahresbericht der Sozialen Hygiene von Grotjahn und Kriegel hingewiesen. Vor allem seien als Quelle die Veröffentlichungen des deutschen Reichsgesundheitsamtes hervorgehoben.

Von diesen Gesetzen interessiert der eine Teil nur den ärztlichen Praktiker in der Ausübung seiner Berufspflichten und sei deshalb hier nicht erwähnt. Einen anderen Teil von hohem sozialhygienischen Interesse bilden die Gesetze der Arbeiterversicherung gegen Krankheiten, Unfälle, Invalidität und die Altersversicherung, sowie die Pläne ihres weiteren Ausbaues zur Versicherung gegen Arbeitslosigkeit und ihrer Ausdehnung auf die Versicherung der Hinterbliebenen. Diese Arbeiterversicherungsgesetze beeinflussen in so großem Umfang die Aufgaben des Arztes, daß die Beschäftigung mit ihnen zur Bildung einer eigenen Sonderwissenschaft, der Sozialen Medizin im engeren Sinne, Anlaß gegeben hat. Immerhin greifen sie, auch wenn sie sich zunächst nur mit den krankheitlichen Vorgängen befassen, durch zwei Umstände auch in das Gebiet der Sozialen Hygiene über, erstens weil zu deren Aufgaben das Studium ihrer Rückwirkung auf die Gesundheit der beteiligten Bevölkerungskreise gehört und zweitens weil seit etwas mehr als einem Jahrzehnt die durch das Gesetz geschaffenen Verwaltungskörper auch die Vorbeugung krankhafter Vorgänge als zu ihren Aufgaben gehörig ansehen und die ihnen zur Verfügung stehenden großen Geldmittel für diese Aufgaben bereit stellen.

Eine weitere große Gruppe gesetzlicher Bestimmungen und Verordnungen interessiert in erster Linie den beamteten Arzt als staatlichen Vertreter der öffentlichen Gesundheitspflege. Hierher gehören zunächst die gesetzlichen Bestimmungen über die amtliche Beaufsichtigung der gewerblichen Anlagen, der Bauten, Krankenanstalten, Schulen und sonstigen öffentlichen Einrichtungen, die Überwachung des Verkehrs mit Nahrungsmitteln und die Kontrolle ihrer Verfälschungen, Verordnungen, die durch die bevorstehende staatliche Wohnungsgesetzgebung noch eine erhebliche Erweiterung erfahren werden. Es gehören hierzu ferner die gesetzlichen Bestimmungen über die Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten,

die Seuchengesetze für das Inland und die gesetzlichen Bestimmungen über die Bekämpfung eingeschleppter Seuchen in der Form internationaler Konventionen, welche das Meldewesen sowie den Grenzverkehr von Personen und leblosen Dingen regeln.

Neben allen diesen Gesetzen interessieren aber noch besonders die Soziale Hygiene die deutschen und internationalen Bestimmungen, Gesetze und Verordnungen, welche die Gesundheit der Arbeiter im Betrieb schützen wollen. Hierher rechnen die Bestimmungen der Gewerbeordnung über die Konzessionspflicht bestimmter Betriebe, über die Schutzvorrichtungen und deren Beaufsichtigung durch Gewerbeinspektoren, die Regelung der Arbeitszeit und Sonntagsruhe, die Bestimmungen über gewerbliche Nachtarbeit der Frauen und Beschäftigung und Arbeitszeit der jugendlichen Arbeiter und Kinder. Gerade diese letzten Fragen international zu regeln, ist die besondere Aufgabe des Internationalen Arbeitsamtes in Basel, welches als Organ der „Internationalen Vereinigung für gesetzlichen Arbeiterschutz“ unter Leitung von Stephan Bauer und unter offizieller Beteiligung der zivilisierten Staaten Konferenzen abhält, Erhebungen anstellt und veröffentlicht und gesetzliche Maßnahmen vorbereitet. Einen großen Erfolg hat dieses Arbeitsamt im letzten Jahre auf dem Gebiete der gesundheitsgefährlichen Industrien durch das Übereinkommen einer Reihe von Staaten über das gesetzliche Verbot des weißen Phosphors in der Zündholzindustrie erzielt.

Die Beschäftigung mit diesem umfangreichen Material aus dem Gebiete der Gesetzgebung führt den Arzt gelegentlich dahin, in der Praxis Lücken, Mängel und Unstimmigkeiten zwischen der Absicht des Gesetzgebers und der erzielten Wirkung festzustellen. Die Versuchung liegt nahe, durch Besserungsvorschläge selbst als Gesetzgeber auftreten zu wollen. Es muß aber vor dieser tatsächlichen Überschreitung der Grenzen unserer Aufgaben dringend gewarnt werden. Der Arzt kann es z. B. als eine bedauerliche Lücke feststellen, daß zwar der eine Arbeiter durch die Unfallgesetzgebung entschädigt wird, welcher der plötzlichen Einwirkung schädlicher Stoffe ausgesetzt war, nicht aber sein Nachbar, welcher durch monatelange Einatmung kleiner Mengen desselben schädlichen Giftes mindestens ebenso stark in seiner Gesundheit geschädigt wurde. Der Arzt dient aber dem Interesse seines Kranken besser, wenn er im Einzelfalle den Zusammenhang zwischen Berufsgefahr und Gesundheitsschädigung jedesmal genau studiert, als wenn er allgemein durch Verwischung der Unterschiede zwischen Berufs-

krankheiten und Unfällen dem Wortlaut der gesetzlichen Bestimmungen dialektisch Gewalt antun will. Innerhalb der Grenzen seines Wirkungskreises bleibt ihm noch genügender Raum zu gut begründeten Vorschlägen für den Gesetzgeber, wie gerade die Arbeiten von Ärzten wie Lennhoff,[1]) Mugdan[2]) und Grotjahn[3]) auf dem Gebiete der sozialen Gesetzgebung beweisen.

Neben den staatlichen gesetzlichen Einrichtungen zum Schutze des Arbeiters und seiner Familie gegen Berufsschädigung und gesundheitliche Mißstände sind in den letzten 20 Jahren durch freiwillige Tätigkeit von Gemeinden, Beteiligten und Menschenfreunden eine große Zahl ganz eigenartiger Wohlfahrtseinrichtungen entstanden. Auf diesem Felde wetteifern die einzelnen Nationen, unter denen Deutschland vielfach eine führende Stellung einnimmt. Die Zahl dieser Einrichtungen ist schon heute eine außerordentlich große; ihre Formen sind, da sie meist ohne Vorbild aus freier Anregung entstanden, außerordentlich mannigfaltig.[4]) Es sind auf diese Einrichtungen große Summen, welche private und öffentliche Wohltätigkeit, wie Gemeinden aufbringen, verwendet worden und viele Kräfte dienen ihrer Verwaltung und Leitung. Es ist eine unerläßliche Aufgabe der Sozialen Hygiene, alle diese Einrichtungen zu registrieren und auf ihren Wert für die Volksgesundheit ständig zu prüfen. Ich habe (l. c.) den Vorschlag gemacht, daß der neugegründeten Zentrale des deutschen Städtetags der Auftrag erteilt werde, als Sammelstelle allen Materials über diese Einrichtungen zu dienen und vermöge des so gewonnenen Überblicks zugleich als Beratungsstätte, um etwa drohenden Zersplitterungen und Vergeudungen an Geld und Kraft vorzubeugen. Es scheint aber, daß der „Zentralstelle für Arbeiterwohlfahrt" nach ihrer Umwandlung in eine „Zentralstelle für Volkswohlfahrt" diese Aufgabe zufallen wird.

V.

Epidemiologie.

Die bisherige Darstellung bezweckte den Nachweis, daß die Soziale Hygiene einige Methoden besonders heranzuziehen hat,

[1]) Med. Reform. 1906, Nr. 5.

[2]) Berl. klin. Woch., 1905, Nr. 39 und Ztschr. f. Sozialwiss., IX, 3,4.

[3]) Ztschr. f. Soz. Med., I, S. 15.

[4]) Ich habe versucht, sie in einem Aufsatze im Arch. f. Städtekunde, März 1906, einigermaßen vollständig aufzuzählen.

welche den anderen Zweigen dieser Wissenschaft, der physiologischen wie der mikroparasitären Hygiene, ferner liegen. Bei dieser Gelegenheit ist schon in der Form von Beispielen einer Anzahl von Einzelproblemen gedacht worden, welche die Selbständigkeit dieses Sonderzweiges auch durch den Nachweis besonderer Aufgaben erweisen. Im übrigen aber muß die Soziale Hygiene einige längst erschlossene große Sonderzweige der Hygiene, die in der Folge besprochen werden sollen, geradezu als ausschließliche Aufgaben ihres eigenen Arbeitsgebiets für sich beanspruchen. Zu diesen großen Sonderabschnitten aus dem Gesamtgebiete der Hygiene gehört in erster Linie die „Epidemiologie". Denn das Auftreten von Seuchen ist in doppelter Beziehung mit wirtschaftlichen Vorgängen eng verbunden.

Es heißt einer geschichtlichen Wahrheit Gewalt antun, wenn man bestreiten will, daß große Umwälzungen im Völkerleben, Kriege, Hungersnöte, wirtschaftliche und kulturelle Mißstände, durch Schädigung der Volksgesundheit schneller oder langsamer in der Form von Seuchen nachhallen; das Wort von Virchow gilt noch heute, unangefochten von den Errungenschaften der Bakteriologie: „Epidemien gleichen großen Warnungstafeln, an denen der Staatsmann von großem Stil lesen kann, daß in dem Entwicklungsgange seines Volkes eine Störung eingetreten ist!" Die Aufgabe des Epidemiologen kann es höchstens sein, festzustellen, über wie viele Zwischenglieder sich dieser ursächliche Zusammenhang erstreckt. Zweitens aber fordern die Seuchenausbrüche nicht nur Opfer an Menschenleben, sondern außerdem noch Opfer an wirtschaftlichen Gütern, sie haben politische, kulturelle und seelische Nachwirkungen, auf die hier nicht eingegangen werden kann, die aber oft auf sehr verschlungenen Wegen recht wichtig und nachhaltig waren. Gerade auch als Warnungstafeln haben die Seuchenausbrüche oft schon große Fortschritte beschleunigt. Mit dem Nachweis der mikroparasitären Ursachen und der Mittel zu deren Vernichtung ist also das Seuchenproblem noch lange nicht erschöpft.

Noch mehr aber als wegen dieser Zusammenhänge ist die Soziale Hygiene aus einem weiteren Grunde verpflichtet, die Seuchenlehre ganz für sich in Anspruch zu nehmen. Dieser schöne, über eine große, stolze Geschichte verfügende Zweig ärztlicher Wissenschaft ist unter der ein Vierteljahrhundert währenden Vorherrschaft der Bakteriologie auf das bedauerlichste vernachlässigt worden und in Verfall geraten; ja es fehlte gelegentlich nicht an

Stimmen, welche die bewährten Methoden der Epidemiologie als überholt und wertlos geworden, seitdem uns die Bakteriologie präzisere Untersuchungsmethoden an die Hand gegeben. zum alten Gerümpel werfen wollten. Ein Einblick in die kleinen und großen Handbücher der Gesamthygiene beweist, wie geringschätzig auch als Gegenstand des Unterrichtes dieser Sonderzweig behandelt wird. Das scheint allerdings neuerdings anders werden zu sollen. denn selbst von bakteriologischer Seite werden zuweilen Bekenntnisse vernehmlich, daß außer den Bakterien noch andere ursächliche Momente des Studiums wert seien.[1])

Mehr als zwei Jahrzehnte herrschte das Dogma, daß mit der experimentellen Erforschung spezifischer Krankheitserreger sämtliche Probleme der Seuchenentstehung zu lösen, daß mit der Vernichtung der Kontagien durch Aufstöberung in ihren belebten und unbelebten Schlupfwinkeln sämtliche Quellen der Seuchenentstehung und Seuchenverbreitung zu verstopfen seien. Vergeblich verhallten lange Zeit alle Versuche, an der Hand nüchterner Tatsachen das Unzulässige dieser Verallgemeinerung von Schlußfolgerungen aus den Tierversuchen zu beweisen. Es kann hier auf die Gründe und Gegengründe des lange geführten Streites nicht eingegangen werden; es ist dies um so weniger erforderlich, als wir in der „Pathogenese innerer Krankheiten" des Rostocker Klinikers F. Martius[2]) eine ganz vorzügliche historischkritische Darstellung des Gegenstandes besitzen. Die kontagionistische Lehre von der ausschließlichen Bedeutung der Bakterieninvasion als alleiniger Ursache der Seuchenentstehung mußte schließlich doch an den Erfahrungstatsachen scheitern, daß Seuchen ausblieben, trotzdem die bakteriellen Bedingungen ihrer Entstehung sämtlich vorlagen, daß herrschende Seuchen verschwanden, ohne daß deren belebte Kontagien vernichtet waren, daß, wie Jürgens, ein aus der Koch'schen Schule hervorgegangener Forscher, sich ausdrückt,[3]) „sie ihren Gang gehen, unbeeinflußt durch unsere nach bakteriologischen Gesichtspunkten ausgeführten Maßnahmen, daß also eine Seuchenbekämpfung durch Versuche, die Bakterien zu vernichten, nicht möglich ist."

Bei der Entstehung einer Infektionskrankheit, sei es, daß sie vereinzelt oder daß sie in Massen auftritt, spielt stets das Zu-

[1]) Behla, Med. Klin., 1906, Nr. 26.
[2]) Heft 1, Leipzig und Wien, Deuticke, 1899.
[3]) Festschrift f. Leuthold I. Hirschwald, 1906.

sammenwirken zweier Faktoren eine Rolle, die Invasion des spezifischen Kontagiums und eine durch sehr verschiedenartige innere und äußere Ursachen zu einer gewissen Höhe angestiegene Hinfälligkeit des betreffenden Individuums gegenüber diesem Kontagium.

Nun ist allerdings in vielen Fällen nicht bloß in dem Paradigma des experimentellen Tierversuchs sondern auch in der Pathogenese des Menschen, die Hinfälligkeit einer größeren Zahl von Menschen gegenüber dem Kontagium eine so große oder so konstante, daß sie bei dem Studium der Seuchenentstehung ohne weiteres übersehen werden darf. Das berechtigt aber nicht zu einer ganz allgemeinen Vernachlässigung des Faktors der quantitativ in weiten Grenzen schwankenden individuellen Resistenz, wie dies die bakteriologische Schule bei der Übertragung ihrer Tierversuche auf die Seuchenlehre getan hat, genau nach dem Muster des Schülers, der als Viereck nur das Quadrat gelten läßt. Es gelüstet keinen Einsichtigen nach dem herostratischen Ruhm, die große Bedeutung der Bakteriologie für die verschiedensten Zweige der Naturwissenschaft, insbesondere auch für die Seuchenlehre, und die Verdienste ihrer Schöpfer verkleinern zu wollen; aber für die Seuchenlehre ist die Bakteriologie nur eine Methode, wenn auch eine der wichtigsten und direktesten. Und selbst in denjenigen seltenen Sonderfällen, in welchen die Entstehung und Verhütung der Seuchen sich lediglich aus den Eigenschaften der spezifischen Parasiten ganz oder fast ganz ableiten läßt, bleibt noch die Kontrolle durch andere Methoden, die Probe auf die Richtigkeit des Schlusses unerläßlich. Und darum ist die Verwahrlosung der Epidemiologie während zweier Dezennien ein beklagenswerter Vorgang, darum ist ihre Wiederbelebung eine wissenschaftliche und praktische Notwendigkeit.

Der Begriff der Epidemie ist ein quantitativer, er bedeutet das Ansteigen der Zahl der Erkrankungen über das Durchschnittsmaß in der Zeiteinheit. Erst die weitere Untersuchung lehrt, daß meist, aber durchaus nicht immer, auch die Qualität der beobachteten Erkrankungen eine klinisch einheitliche ist; an diesem Punkte setzte dann die bakteriologische Analyse ein, indem sie in glänzender Methodik die Mittel lieferte zur Bestätigung der seit lange empirisch aufgestellten Theorie von der Spezifität der Krankheitsursachen und der Identität der klinischen und der ätiologischen Einheit. Trotzdem aber decken sich die Begriffe „mikroparasitäre Krankheit“ und „Epidemie“ nicht ohne weiteres, ebenso-

wenig wie die Begriffe epidemisch, infektiös und kontagiös. Es gibt Seuchen, die nicht durch belebte Kontagien ausgelöst werden. wie die Vergiftungen durch die Produkte mikroparasitärer und höherer Pflanzen (z. B. Ergotismus), ja sogar durch anorganische Stoffe (Epidemien von Quecksilbervergiftung). Und es gibt bakterielle Krankheiten, die niemals zu Epidemien anschwellen, wie z. B. der Tetanus. Selbst bei denjenigen Seuchen aber, bei denen die genannte Trias unanfechtbar feststeht, bleibt außer der bakteriellen Durchforschung zur Aufklärung der Entstehung, des Verlaufs und des Verschwindens noch viel des Wissenswerten zu verzeichnen übrig.

Die Epidemiologie, die allgemeine wie die spezielle, hat alle Tatsachen zusammenzustellen, welche sich aus Massenbeobachtung und Einzelforschung ergeben. Ihre erste Aufgabe ist das Studium der Geschichte der einzelnen Seuchen; doch soll auch hier das Durchforschen der alten Dokumente wie bei der Bakteriologie nicht Selbstzweck, sondern Methode bleiben. Aus einem sehr lehrreichen Grunde sind dem geschichtlichen Studium enge Grenzen gezogen. Die systemisierende Auffassung der Krankheiten änderte sich nicht nur aus theoretischen Schulmeinungen, sondern oft genug aus außerordentlich praktischen Anlässen, deren Ursachen nur die gleichzeitige Vertiefung in die Gesamtgeschichte des einzelnen Zeitabschnitts verstehen läßt, ganz erheblich. Politische Not und wirtschaftliche wie wissenschaftliche Ohnmacht lehrten in Zeiten der Seuchengefahr mehr die Todesgefahr als die Zeichen, unter denen der Tod Eingang fand, zu bewerten. Es ist daher nicht ein Beweis mangelhafter Beobachtungskunst, wenn die Trennung von Scharlach und Masern erst ins 17. Jahrhundert, die von Flecktyphus und Abdominaltyphus in den Anfang des 19. Jahrhunderts fällt; man legte eben mehr Wert auf die Prognose als auf die Symptome. Es liegt also oft keine Veränderung des Krankheitscharakters, sondern nur eine Veränderung des nosologischen Standpunktes vor. Es bleibt darum vergeblicher Aufwand von Scharfsinn und müßig, wenn man jetzt bestimmen will, welcher heute noch vorhandenen bekannten oder ausgestorbenen Krankheit die Thycydideische Pest entspricht, ob der Aussatz der Bibel sich mit der heutigen Lepra deckt. Die Werke auch des Altertums und Mittelalters bieten uns genügende zahlreiche solidere Studienobjekte, selbst bei der Entnahme aus der zweiten Hand durch Haeser und Hecker, wie die Schilderung der Lungentuberkulose durch Hippokrates, die des schwarzen Todes und der

Lungenpest durch Guy de Chauliac, der Syphilis durch Fracastor und Petronius, der schon 1535 eine Theorie der erworbenen Immunität aufstellte. Und die Einsichten in die zahlreichen Seuchenchroniken des 17. und 18. Jahrhunderts geben reiche, oft auch zahlenmäßige Ausbeute für Vergleiche mit den gegenwärtigen Zuständen und für Schlußfolgerungen auf den Verlauf der Seuchenzüge durch die Jahrhunderte. Hätte man die Geschichte der Seuchen in der Gegenwart eifriger gepflegt, so wäre die Unsicherheit gegenüber den Einbrüchen der Influenza, der Cerebrospinalmeningitis, die Unkenntnis des periodischen Auftretens der Diphtherie, die sich in unseren Tagen jäh verriet, nicht möglich gewesen.

Eine zweite Aufgabe der Epidemiologie ist das Studium der geographischen Verteilung der einzelnen Seuchen auf Länder und Rassen und die Verzeichnung der Wanderzüge der einzelnen spezifischen Formen. Es ist für uns beschämend, daß die historisch geographische Pathologie von August Hirsch seit einem Vierteljahrhundert keine neue Auflage erfahren hat, und es ist um so dringender, diese Lücke auszufüllen, als durch die Kolonisationsbestrebungen der europäischen Reiche, durch die Erweiterung unseres Wissens mittels bakteriologischer Methoden und durch das Aufblühen der Tropenhygiene die Summe unserer Kenntnisse eine ganz erhebliche Bereicherung erfahren hat. Zur Vervollständigung muß übrigens auch der Gang der Epizootien herangezogen werden.

Eine dritte Aufgabe ist die rein beschreibende Registrierung der individuellen Eigenschaften einer jeden einzelnen Seuchenform auf der Grundlage der Massenbeobachtung. Hierzu gehören die Angaben über das Verhalten der Seuchen zur Jahreszeit, zu Lebensaltern und Geschlechtern, die Verteilung auf die einzelnen sozialen Schichten der Bevölkerung, die Feststellung des Vorhandenseins oder Fehlens von Beziehungen zur unbelebten Umgebung, die Immunität oder gesteigerte Disposition der Örtlichkeit. Zu diesem Abschnitt gehört ferner die Feststellung der Form der Seuchenkurve, nämlich die graphische Darstellung des Zeitraumes, innerhalb dessen die verschiedenen Seuchen ausbrechen, ansteigen und wieder abklingen, der Gesetzlichkeit oder Gesetzlosigkeit ihrer Wiederkehr. Es gehört schließlich hierzu die zahlenmäßige Feststellung des Verhältnisses der Erkrankungen zur Gesamtbevölkerung und zu der Zahl der der Erkrankung ausgesetzten Bevölkerungsschichten (Kontagionsindex).

Ein anderes Gebiet der Seuchenkunde berührt sehr eng die Aufgaben der Klinik, nämlich die Feststellung des Zeitraumes der Inkubation, der Krankheitsdauer, der Lebensgefahr nach Alter und Geschlecht, des schließlichen Ausganges, der Zusammengehörigkeit der einzelnen Seuchenformen nach klinisch-ätiologischen Gesichtspunkten, zuletzt noch die Feststellung des Verhaltens der Genesenen gegenüber der Gefahr einer erneuten Infektion.

Eine der wichtigsten Seiten des Seuchenproblems ist die der Ätiologie der einzelnen Formen. Unter strengster Wahrung des zuerst von Hueppe und Ottomar Rosenbach begründeten und später von mir in meiner „Allgemeinen Epidemiologie“ [1]) und von Martius in seiner „Pathogenese“ vertretenen Standpunktes, daß die spezifischen Erreger Krankheitserscheinungen nur auf dem Boden einer vorher vorhandenen Anlage auszulösen vermögen, muß doch die grundlegende Förderung dieser Seite des Seuchenproblems durch die Entdeckungen der Bakteriologie nachdrücklichst betont werden. Lediglich mit Hilfe der bakteriologischen Methoden ist es jetzt möglich, die Beziehungen der uns größtenteils bekannt gewordenen mikroparasitären Krankheitserreger zur Außenwelt, die Art ihrer Übertragung vom Erkrankten zum Gesunden direkt oder durch belebte und unbelebte Zwischenträger, die Ausscheidungswege aus dem Körper der Erkrankten, die Bedeutung der Rolle der gesund gebliebenen „Bakterienträger“ näher zu erforschen. In glücklichster Weise ergänzen und kontrollieren sich hier gegenseitig die Methoden der indirekten Massenbeobachtung und der direkten bakteriologischen Durchforschung des Einzelfalles.

Schließlich ist es noch die Aufgabe der Epidemiologie, für jede individuelle Seuche die Maßnahmen der Bekämpfung zu verzeichnen, kritisch an der Hand der Wirklichkeit zu betrachten und die Beobachtung mit den experimentell begründeten Vorschlägen ins Gleichgewicht zu bringen. Daß sie hier ihre Aufgabe mit den Ratschlägen zur Vernichtung des belebten Kontagiums nicht für abgeschlossen ansieht, sondern über diese hinaus auch die Berücksichtigung der mittelbaren inneren und äußeren Ursachen und die Behandlung der Folgen einer Epidemie zu ihren Aufgaben rechnen muß, das bedarf in der heutigen Zeit der nachdrücklichsten Hervorhebung.

Mit dieser Aufzählung sind zur Not die Aufgaben erschöpft, welche der Epidemiologie als Gegenstand des Unterrichts zu-

[1]) Leipzig, Wigand, 1897.

fallen, ganz und gar aber nicht die Aufgaben der Forschung. Hier können die Berührungspunkte zwischen Seuchenlehre und anderen Forschungsgebieten nicht weit genug gezogen werden. Von größtem Interesse ist die Verfolgung der Beziehungen zwischen Seuchenausbrüchen und Rassenbildung, die Frage der Auslese durch epidemische Krankheiten und der Anpassung der einzelnen Rassen an endemische symbiotische Kontagien. Es scheint ein durchgehendes, von Ausnahmen natürlich nicht freies Gesetz zu sein, daß gegen dauernd vorhandene endemische Kontagien eine relative Immunität der Autochthonen besteht, welche den Einwanderern abgeht. Für diese Erscheinung hat E. Ziegler[1]) auf Grund der Weismann'schen Theorien die Hypothese aufgestellt, daß, da erworbene Eigenschaften nicht vererbbar sind, wohl aber erblich überkommene, diese Anpassung durch allmähliche Ausmerzung der hinfälligen Individuen im Verlauf langer Zeiträume zustande gekommen ist. Dieser Theorie hat R. Koch eine andere gegenübergestellt. Nach Koch kommt die Rassenimmunität der Autochthonen gegenüber den endemischen Kontagien ihrer Heimat dadurch zustande, daß sie als Kinder die Krankheit erwerben und nun als Erwachsene infolge erworbener individueller Immunität nicht zum zweiten Male befallen werden. Die Unrichtigkeit dieser Theorie haben für Malaria A. Plehn,[2]) für Abdominaltyphus Jürgens[3]) dargetan. Trotzdem hat sie Koch[4]) jüngst für die afrikanische Rekurrens von neuem aufgenommen und durch diese Behauptung die Möglichkeit, ihre Unrichtigkeit allgemein zu erweisen, erleichtert. Denn die Koch'sche Theorie setzt eben die Tatsache voraus, daß das Überstehen einer Krankheit in der Kindheit oder später überhaupt gegen die spätere Wiedererkrankung schützt. Diese Tatsache ist aber schon bei Malaria und Abdominaltyphus recht zweifelhaft.[5]) Bei Rekurrens vollends macht Koch die durchaus nicht zutreffende Angabe, diese erworbene Immunität sei „etwas fest Gegebenes“ und es entspräche den Erfahrungen aus den früheren Rekurrensepidemien, „daß die Kranken, die den Rekurrens überstanden haben, gegen eine nochmalige Erkrankung

[1]) Können erworbene Eigenschaften vererbt werden? etc. (Jena, Fischer, 1886).

[2]) Die Malaria der afrikanischen Bevölkerung, besonders in bezug auf die Immunitätsfrage. Jena, Fischer, 1902 und D. med. Woch., 1901.

[3]) Festschrift f. Leuthold l. c.

[4]) Berl. klin. Woch., 1906, Nr. 7.

[5]) A. Gottstein, Die erworbene Immunität bei den Infektionskrankheiten des Menschen. Berliner Klinik 1897, H. 111.

geschützt waren". In Wirklichkeit ist das Gegenteil richtig: hier haben alle Autoren, welche die Krankheit beobachteten, das Fehlen einer erworbenen Immunität festgestellt. Das berichten nicht nur Griesinger[1]) in seiner klassischen Arbeit über das Rückfallsfieber und ältere englische Forscher; sondern auch Autoren, welche nach der Entdeckung der Spirochaeten Gelegenheit zu Beobachtungen hatten, betonen ausdrücklich dieses Fehlen der Immunität, wie Seitz,[2]) Weichselbaum,[3]) B. Spitz[4]) und M. Litten.[5]) Die ganze Frage ist deshalb so wichtig, weil die Ziegler'sche Theorie das Verständnis des Mechanismus ermöglicht, durch welchen im Laufe langer Zeiträume die Gattung Mensch die Gefahr der ihr symbiotischen belebten Parasiten überwindet und sie allmählich aus Kontagien in Wohnparasiten verwandelt, wie solche für uns schon jetzt die Eiterbakterien und Kolibazillen sind und wie auch die Malariaplasmodien nach A. Plehn bei den Negern vielfach keine andere Bedeutung haben.

Das Studium der Beziehungen der Seuchenkunde zur Literatur, Kunstgeschichte, Politik und Psychologie mag Liebhabern von Sonderstudien vorbehalten bleiben; von allgemeiner Wichtigkeit sind aber noch die Berührungspunkte der Epidemiologie mit der Kulturgeschichte. Bringt doch z. B. Haeser,[6]) um nur ein Beispiel anzuführen, die erfolgreiche Abschaffung des geistlichen Cölibats mit der Syphilispandemie zu Ende des 15. Jahrhunderts und der durch ihre Verheerungen hervorgerufenen Erstarkung der sexuellen Moral in Verbindung.

VI.

Gewerbehygiene.

Die Gewerbehygiene gehört zum Arbeitsgebiete der Sozialen Hygiene, denn sie behandelt die Gesundheit von Bevölkerungsgruppen, insoweit sie durch deren berufliche Beschäftigung beeinflußt wird. Bisher ist die Gewerbehygiene stets als ein wichtiger Abschnitt der Gesamthygiene betrachtet und ihrer Bedeutung entsprechend auch sorgfältig behandelt worden. In großen

[1]) Virchow's Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie. II. 2. 1864.
[2]) Handbuch von Niemeyer-Seitz. 1877. Bd. II. S. 685.
[3]) Epidemiologie. Jena. Fischer. 1899.
[4]) Die Rekurrensepidemie in Breslau. Schottländer. 1879.
[5]) D. Arch. f. klin. Med., Bd. 12.
[6]) Haeser. Bd. III. S. 315.

Lehrbüchern, wie dem von Rubner, finden alle ihre Probleme eingehende Besprechung; die Hauptbetriebe werden dem Verständnis des Arztes durch ausführliche Darstellung und zahlreiche Abbildungen näher gerückt. In den kleinen Lehrbüchern ist für diesen Abschnitt freilich nicht stets genügender Raum; immerhin ist z. B. in dem Leitfaden von Gärtner die Darstellung noch zureichend. Überdies wird die Gewerbehygiene in zahlreichen Monographien, deren Titel sich bei Rubner und in dem „Gewerbearzt" von Sommerfeld[1]) angegeben finden, abgehandelt. Unter diesen Werken sei besonders das kleine „Kompendium der Gewerbekrankheiten" von E. Roth[2]) hervorgehoben. Auch seitens der Unterrichtsverwaltung wird der Gewerbehygiene eine große Wichtigkeit beigemessen; denn es ist an einigen Universitäten neuerdings jüngeren Dozenten der Hygiene ein besonderer Lehrauftrag für dieses Gebiet erteilt worden und auch an den technischen Hochschulen werden eigene Vorlesungen gehalten. Die Gewerbehygiene ist somit bisher das einzige Spezialgebiet, das offiziell von der Gesamthygiene abgetrennt worden ist; damit ist aber im Prinzip die Teilbarkeit der Hygiene zugestanden. Die Gewerbehygiene verfügt über eine Geschichte von mehr als zweihundert Jahren und schon in verhältnismäßig früher Zeit sah sich die Gesetzgebung veranlaßt, Bestimmungen zum Schutz der Gesundheit der Arbeiter im Betriebe zu erlassen, nachdem die Beobachtung die Gefährlichkeit einiger häufig vorkommender Gifte und Betriebsweisen nachgewiesen hatte. Eine ausführliche Darstellung ihrer Geschichte und der legislatorischen Tätigkeit gibt H. Eulenberg in der Einleitung zu seinem großen Handbuch der Gewerbehygiene.[3]) In den drei Jahrzehnten seit dem Erscheinen dieses Werkes aber ist jener industrielle Aufschwung eingetreten, welcher zu dem Schlagwort von der Umwandlung des Agrarstaates in den Industriestaat geführt hat; zahlreiche technische Entdeckungen haben ganz neue Betriebsweisen erstehen lassen, welche die gesundheitlichen Gefahren vervielfältigt haben. Seitdem sind weiter die Arbeiterschutz- und Versicherungsgesetze eingeführt worden, welche die finanzielle Haftung des Arbeitgebers von Grund aus verändert und sein materielles Interesse an der Vorbeugung gesteigert haben. Schließlich ist auch die Aufgabe des Arztes eine

---

[1]) Jena, Fischer, 1905.

[2]) Berlin, Schötz, 1904.

[3]) Berlin, Hirschwald, 1876.

ganz andere geworden. Als Kassenarzt bedarf er viel eingehenderer Kenntnisse der gesundheitlichen Gefahren, die in der Ätiologie der von ihm beobachteten Krankheitsfälle von Bedeutung sind; noch viel mehr ist diese Kenntnis Voraussetzung für die ihm jetzt zufallende Tätigkeit als Gutachter; überdies eröffnet sich dem Arzt in nicht zu ferner Zukunft ein neues Feld praktischer Tätigkeit als „Gewerbearzt“, als Gesundheitstechniker für den industriellen Großbetrieb. — Die Aufgaben, welche die Gewerbehygiene zu behandeln hat, sind also derart angewachsen, daß dieser Zweig mit der ihm gebührenden Aufmerksamkeit innerhalb des Rahmens der Gesamthygiene auf die Dauer kaum mehr wie bisher gepflegt werden kann, selbst wenn man alles nicht unbedingt Zugehörige ausscheidet. Man kann dem verdienten Vertreter der Gewerbehygiene in München, M. Hahn,[1]) darin beistimmen, daß die Unfallverhütung nicht Sache des Hygienikers sondern des Technikers ist, da nur er die Ursache der Unfälle festzustellen vermöge und nur er in der Lage sei, auch die richtige Abhilfe zu treffen. Man kann auch die Behandlung der Unfälle als Aufgabe des Chirurgen und nicht als die des Hygienikers erklären und damit von der eigentlichen Gewerbehygiene abtrennen. Und auch die Gutachtertätigkeit hat mit der Hygiene nichts zu tun. Aber selbst dann bleibt immer noch eine eigene große Spezialwissenschaft übrig, die nicht ohne weiteres in den Rahmen der Gesamthygiene hineinpaßt.

Wenn in der Einleitung die enge Zugehörigkeit der Hygiene zur Medizin damit begründet wurde, daß der stete Maßstab für die Schlußfolgerungen der Gesundheitslehre das Eintreten krankhafter Vorgänge ist, so zeigt sich dieser Zusammenhang mit der Medizin am schärfsten bei der Gewerbehygiene. Es ist daher kein Zufall, daß an dem Ausbau dieses Zweiges in den letzten Jahren nicht so sehr Hygieniker beteiligt sind wie die Vertreter der verschiedensten ärztlichen Spezialitäten. Um nur einige Namen deutscher Forscher aus den letzten Jahren zu nennen, so verdanken wir die Mehrung unserer Kenntnisse Hygienikern wie K. Lehmann und M. Hahn; Pharmakologen wie L. Lewin; Pathologen wie Chiari; Klinikern wie G. Merkel, Brauer, M. Sternberg; beamteten Ärzten wie Grandhomme und vor allem E. Roth; Statistikern wie Oldendorff, dessen ältere Arbeiten noch heute

[1]) Der gewerbehygienische Unterricht an Universitäten und technischen Hochschulen. Med. Reform, 1906, Nr. 29.

belangreich sind, ferner Prinzing und S. Rosenfeld; Volkswirten wie Francke, H. Albrecht und E. J. Neißer; Pädagogen wie Agahd; besonders umfangreich aber waren die Forschungen von Praktikern, die als Fabrik- und Kassenärzte ihre Beiträge lieferten, wie Th. Sommerfeld, M. Fürst, Brat, Teleky. Auch an dieser Stelle muß wie auf so vielen Gebieten der Sozialen Hygiene des zu früh verstorbenen Wolf Becher gedacht werden, dessen starkes Talent zur Lösung praktischer Fragen auch in Vorschlägen für die Organisation der Forschung auf dem Gebiete der Gewerbekrankheiten sich betätigte. Den Arbeiten der genannten Ärzte gesellen sich zahlreiche Beiträge aus der spezialärztlichen Kasuistik hinzu, zu denen z. B. Dermatologen (Chlorakne, Salzflechte, Berufsekzeme usw.), Ophthalmologen (elektrische Blendungen), Otologen (Schmiede, Lokomotivführer), Rhinologen (Chrom), Gynäkologen (Nähmaschinen), Chirurgen (Phosphornekrose), Neurologen (Blei) und innere Mediziner (Caissonkrankheit), zahlreichste Beiträge geliefert haben. Dieser enge Zusammenhang der Gewerbehygiene mit der gesamten Pathologie kommt auch dadurch zum Ausdruck, daß die meisten Speziallehrbücher der Gewerbehygiene, wie zum Teil schon aus deren Titel hervorgeht, im wesentlichen Lehrbücher der Gewerbekrankheiten sind. Es zeigt sich weiter auch in dem Vorschlag von M. Hahn (l. c.), daß der Unterricht in der Gewerbehygiene im Anschluß an klinische Demonstrationen von Gewerbekrankheiten stattfinden solle.

Der Hauptabschnitt der Gewerbehygiene ist also die Lehre von den Gewerbekrankheiten. Diese Krankheiten sind ätiologisch unmittelbar oder mittelbar mit der Art der Beschäftigung verknüpft. Eine Reihe von Schädlichkeiten sind vielen Betrieben gemeinsam, oder durch die Arbeit im Massenbetrieb überhaupt hervorgerufen, wie Erkältungsgefahren, Hitzewirkung, Überanstrengungen des Herzmuskels, Staubinhalationen. Die größere Zahl der Berufsgefahren haftet spezifisch dem betreffenden Betriebe und den aus ihr erwachsenden, chemischen, physikalischen, gelegentlich auch mikroparasitären Schädlichkeiten (Hadernkrankheit, Milzbrand der Pinselarbeiter, Wurmkrankheit) an. Zur Ergründung des ursächlichen Zusammenhanges ist wenigstens für den Forscher und Lehrer eine Berücksichtigung der technischen und wirtschaftlichen Seiten des Betriebes erforderlich.[1] Es ist darum durchaus

[1] Lehrreiche Beispiele liefert z. B. der Aufsatz von Sternberg. Med. Ref., 1906, Nr. 49/50.

richtig, daß die meisten Verfasser von Lehrbüchern von den drei Einteilungsmöglichkeiten des Gebietes, nach Organen des Körpers, nach Krankheitsformen und nach technischen Betrieben, das letztere System bevorzugt haben.

An das Studium der Gewerbekrankheiten schließt sich unmittelbar die Lehre von deren Verhütung und Bekämpfung an. Auch hier ergibt das bisher vorliegende Tatsachenmaterial, daß eine erfolgreiche Arbeit nur durch die Beobachtung der praktischen Betriebsverhältnisse und nur ausnahmsweise auch noch durch Heranziehung der Laboratoriumsergebnisse, die z. B. gelegentlich ein wirksames Neutralisierungsmittel aufgenommener Giftstoffe an die Hand geben, geleistet werden kann. Zu diesem Abschnitt gehört die Erörterung der Lebensgewohnheiten der beteiligten Arbeiterschichten im täglichen Verkehr mit der ihnen drohenden Gefahr, der Kontrolle der staatlich vorgeschriebenen Schutzmaßnahmen, der gesundheitlichen Überwachung und der Versorgung der Erkrankten.

Neben der Hauptaufgabe des Studiums der Gewerbe k r a n k h e i t e n zählen aber noch eine Anzahl von anderen Fragen zu dem Gebiete der Gewerbehygiene, die hier nur kurz aufgeführt werden sollen. Ein Teil von ihnen gehört durchaus ins Arbeitsgebiet der allgemeinen Hygiene, wie die Fragen der Beschaffenheit des Arbeitsraumes, seiner Beheizung, Beleuchtung, Ventilation, die Fragen der Arbeitsdauer, der Frauen- und Kinderarbeit, der Erholungsfristen; auch die Behandlung der Wohlfahrtseinrichtungen in weitestem Sinne rechnet hierzu. Eine andere, in der Neuzeit viel besprochene Frage ist die Feststellung der Grundsätze für die Prüfung der Neueintretenden auf ihre Eignung zu dem von ihnen erwählten Berufe, namentlich auch im Verhalten der Sinnesorgane und der Lungen. Ferner gehört es noch zu den wichtigsten Aufgaben der Gewerbehygiene, die Rückwirkung des industriellen Betriebes auf die Umgebung zu würdigen, und die Grenzen des erforderlichen Schutzes der Gesamtheit gegen gesundheitliche Bedrohung festzustellen. Hierher zählt die Belästigung der Umgebung durch Staub, Rauch, Gerüche und die große, gesundheitlich und wirtschaftlich gleich wichtige Frage der Flußverunreinigung durch industrielle Abwässer.

Schließlich kommt noch ein Problem in Betracht, welches ein Grenzgebiet der Volkswirtschaft berührt, aber doch noch seinen hygienischen Charakter bewahrt, nämlich die Beeinflussung der Gesundheit des ganzen Volkes durch die Zunahme der Industrie.

Diese überwiegend politische und mit Zuhilfenahme der Statistik zu behandelnde Frage erstreckt sich nicht nur auf das gesundheitliche Verhalten der beteiligten Bevölkerung, sondern auch ihres Nachwuchses. Schon jetzt liegen eine Reihe von Arbeiten vor, welche namentlich den Gesichtspunkt der Wehrfähigkeit und ihrer Beeinflussung durch die Zunahme der Industrie behandeln. Diese Arbeiten sind ausführlich in Prinzings Handbuch der medizinischen Statistik im Abschnitt über Militärtauglichkeit kritisch besprochen, und nur die neuere wichtige Arbeit von Abelsdorff,[1] auf die hier ausdrücklich verwiesen werden soll, wird von Prinzing noch nicht erwähnt.

Das Gebiet der Gewerbehygiene ist in der letzten Zeit so angewachsen, daß man schon jetzt für nötig gefunden hat, es von der Gesamthygiene als Gegenstand eines besonderen Lehrauftrages abzutrennen. Es berührt sich in seinem Hauptabschnitt der Berufskrankheiten mit soviel Spezialzweigen der praktischen Medizin, daß es keinem dieser Zweige zufallen darf, sondern die gesonderte Sammlung des beigebrachten Tatsachenmaterials durch eigene Kräfte verlangt. Es beansprucht im übrigen so sehr die Heranziehung von Erfahrungen der Volkswirtschaft, daß seine Angliederung an die Soziale Hygiene eine natürliche Forderung ist. Da aber die Gewerbehygiene als Gegenstand des Unterrichts „Etwas von der hygienischen Wissenschaft Abtrennbares“ geworden ist, so kann auch unserer weitergehenden Forderung der Abtrennung jener Gesamtdisziplin, von der die Gewerbehygiene nur einen Teil bildet, kaum noch länger ein begründeter Widerstand entgegengebracht werden.

VII.

Weitere Aufgaben der Sozialen Hygiene.

Da es zum angebotenen Beweise von der Selbständigkeit der Sozialen Hygiene nach den bisherigen Auseinandersetzungen wohl kaum noch weiterer Tatsachen bedarf, so sollen hier einige andere größere Abschnitte dieser Sonderwissenschaft, deren Erwähnung nicht unterlassen werden darf, nur ganz kurz angedeutet werden.

---

[1] Die Wehrfähigkeit zweier Generationen mit Rücksicht auf Herkunft und Beruf. Berlin, Reimer, 1905.

Von den Aufgaben, welche die medizinische Statistik zu leisten hat, sind wenige in der Gegenwart wichtiger, als die Schaffung einer Morbiditätsstatistik. Was hier an Ergebnissen vorliegt, findet sich sorgfältig in den oft angeführten Werken von Westergaard und Prinzing aufgezählt; aber die Sichtung des großen deutschen und außerdeutschen Materials legt nur die großen Lücken, die noch bestehen, bloß. In nicht zu ferner Zukunft haben wir von der Untersuchung, die auf Kosten des Reiches an dem Material der großen Leipziger Ortskrankenkasse angestellt wird, eine große Förderung unseres Wissens zu erwarten. Doch wird hier nicht eher ein grundsätzlicher Fortschritt erreicht werden, ehe man sich nicht ganz scharf über das System geeinigt hat, welches den Betrachtungen über die Morbidität zugrunde gelegt werden soll. An sich hängt die Wahl eines Systems ganz von den Zielen ab, denen man nachgeht und jedes System kann ein natürliches sein, wenn es dem beabsichtigten Zwecke gut angepaßt ist. Der Großhändler mit ausländischen Waren wird die Pflanzenwelt in ein ganz anderes System bringen als der Botaniker, und doch sind beide für ihren Wirkungskreis im Recht. Bei der Aufstellung eines Systems der Morbiditätsstatistik kann man sich immer noch nicht entschließen, von derjenigen Systematik abzugehen, die für die Todesursachen sich bewährt hat. Solange man aber mit diesem Prinzip nicht von Grund auf bricht, schwindet die Aussicht auf praktische Ergebnisse. Das medizinische System der Todesursachenstatistik, deren folgerichtige Grundlage eine Mischung ätiologischer, klinischer und anatomischer Gesichtspunkte ist, verträgt aus Gründen, die ich in zwei Aufsätzen der Medizinischen Reform[1]) auseinandergesetzt habe, nicht die Uebertragung auf die Krankheiten. Die Krankheit ist ein durchaus subjektiver Begriff und kommt nur dann zur Kenntnis, wenn der Betroffene sich beim Arzte meldet. Dazu sieht sich der Neurastheniker bei jeder Kleinigkeit veranlaßt, mancher Phthisiker und Nephritiker kaum kurz vor dem Tode, und einige Krankheiten von größter Lebensbedrohung, wie z. B. Arterien-Erkrankungen (Aneurysmen) und Psychosen (Selbstmord), kommen oft überhaupt erst durch den Eintritt des Todes zur Kenntnis. Die meisten Krankheiten sind nur für das Individuum von Belang: von allgemeiner Bedeutung werden sie erst, wenn sie

[1]) Medizin. Ref., 1904, Nr. 19 und 1905, Nr. 6. Im neueingeführten amtlichen Schema fehlen z. B. Taubstummheit, Farbenblindheit und Verstümmelungen, die kein individuell therapeutisches Interesse, dagegen hervorragende sozialmedizinische Bedeutung besitzen.

durch ihre Ansteckungsfähigkeit eine allgemeine Gefahr bilden, oder durch ihre Dauer oder ihren Ausgang in Tod oder Arbeitsunfähigkeit einen Aufwand aus allgemeinen Mitteln beanspruchen; oder endlich, wenn ein Zusammenhang zwischen ihrer Entstehung und vermeidbaren Berufsgefahren besteht. Nur diese drei Gesichtspunkte interessieren die Allgemeinheit und mit ihr die Soziale Hygiene: die meisten anatomischen und pathogenetischen Gesichtspunkte haben nur Interesse für den behandelnden Arzt. Eine Morbiditätsstatistik, welche sozialhygienische Interessen verfolgt, muß also ein System zugrunde legen, welches die oben genannten Gesichtspunkte berücksichtigt. Wie leicht das bisher geltende nosologische System diesen Anforderungen angepaßt werden kann, habe ich l. c. angeführt.

Eine weitere Aufgabe der Sozialen Hygiene ist das Studium der gesundheitlichen Wechselverhältnisse von Stadt und Land.

Dieses Gebiet ist in den letzten Jahren vielfach eingehend behandelt worden, bedarf aber noch weiterer Vertiefung. Von größeren Arbeiten auf diesem Gebiete seien abgesehen von dem schon zitierten Aufsatze von Rubner die folgenden Werke hervorgehoben, weil sie teils methodische Beiträge, teils ausführliche Literaturangaben bringen: F. Weleminsky, über Aklimatisation in Großstädten [1]; R. Thurnwald Stadt und Land im Lebensprozeß der Rasse [2]; L. Bauer, Der Zug nach der Stadt und die Stadterweiterung [3]; ferner die statistischen Untersuchungen von Ballod und Bleicher. [4]

An diesen großen hier nur erwähnten Abschnitt schließt sich unmittelbar die in stetem Fortschritt begriffene Kommunalhygiene an. Gerade die Städtehygiene ist geschichtlich wie inhaltlich auf das engste mit der Gesamthygiene verknüpft. Die gesundheitliche Not der Städter veranlaßte deren Behörden von der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts an, auf rein empirischer Grundlage jene Maßnahmen der Bodenreinigung und Wasserversorgung zu schaffen, deren Erfolge der etwas später erstehenden Gesundheitsforschung starken Rückhalt gaben.

Umgekehrt kommen gerade die Ergebnisse der biologisch-experimentellen Hygiene den zahlreichen sanitären Einrichtungen, welche der Gemeinsinn der Städte schuf, zugute und wenn man

[1] Arch. f. Hygiene, Bd. 36.
[2] Arch. f. Rassen- u. Gesellschaftsbiologie, Bd. I.
[3] Stuttgart, Kohlhammer, 1904.
[4] Literatur bei Prinzing, S. 452.

die wissenschaftlichen Grundlagen aufführt, auf denen die private Wohnungshygiene wie die öffentlichen Werke der Städte beruhen. so muß man immer wieder auf jenen großen Abschnitt der Hygiene zurückgreifen, deren Ausbau wir namentlich der Pettenkoferschen und Rubnerschen Schule verdanken. Hier haben jahrzehntelange Wechselbeziehungen erfolgreicher Arbeit eine Interessengemeinschaft geschaffen, die so eng ist, daß die Soziale Hygiene keinen Anspruch hat auf Mitwirkung an dem, was bis heute auf diesem Gebiete geleistet worden ist. Hier stehen wir vor einem fertigen Werke, bei dessen Erweiterung in Einzelpunkten die biologische Hygiene keiner Hilfe bedarf. Das Arbeitsfeld der Sozialen Hygiene beginnt erst da, wo die Leitungen der Städte ihre Aufgaben zur Fürsorge der Gesundheit der Einwohner mit modernem Empfinden über das Mindestmaß der Pflicht hinaus erweiterten durch die Durchführung der Idee, daß auch in der Armenpflege die Vorbeugung organisiert werden müsse. Diesem Ziele dienen die zahlreichen gemeindlichen sozialhygienischen Einrichtungen, deren früher gedacht worden ist.

Auf den Ergebnissen der Gesundheitswissenschaft hat sich aber in den großen Gemeinden eine systematische Gesundheitswirtschaft aufgebaut, die so umfangreich und wichtig geworden ist, daß deren Organisation insgesamt und in den einzelnen Abschnitten eines gesonderten Studiums bedarf. Die Ansprüche an die Versorgung der beteiligten Bevölkerungsschichten ändern sich mit der Größe der Gemeinden, mit ihrer sozialen Zusammensetzung, mit ihrer wirtschaftlichen Lage, sowie mit der beruflichen Gliederung ihrer Einwohner. Auch hier wieder häuft sich eine Fülle von Fragen, deren wissenschaftliche Behandlung eine dringende Forderung an die Gesundheitsforschung ist. deren Erörterung aber im Rahmen der Gesamtwissenschaft nicht über den genügenden Spielraum verfügt.

Auch der neu erstehende Sonderzweig der Versicherungsmedizin, dessen Pflege die gleichnamige Sektion des deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft dient, berührt das Arbeitsgebiet der Sozialen Hygiene. Die Veröffentlichungen des jüngst in Berlin abgehaltenen IV. internationalen Kongresses für Versicherungsmedizin geben ein Bild von der Reichhaltigkeit der hier vorliegenden Probleme. Ein großer Teil der zur Erörterung gekommenen Fragen scheidet aus, soweit es sich um Krankheitsvorgänge und ihre Beurteilung handelt, da diese zur Sozialen Medizin gehören. Das Material der Lebensversicherungsgesell-

schaften aber ist eine wertvolle Fundgrube für die prinzipielle Erörterung wichtiger hygienischer Probleme; darauf hat schon vor Jahren P. Börner hingewiesen, das beweisen neuerdings zahlreiche Arbeiten, wie diejenigen von W. Weinberg und Anderen, vor allem die Untersuchungen der Ärzte der Gothaer Lebensversicherungsbank Florschütz und Gollmer.[1]) Wir erhalten hier genauen Aufschluß über die Mortalitätsverhältnisse der Lehrer, Ärzte, Geistlichen usw. und die Gründe der Unterschiede, über die Bedeutung der Syphilis und des Alkohols als Ursache der Lebensverkürzung usw.

Auch die prinzipiell und praktisch wichtige Frage der Degeneration und Regeneration soll hier nur erwähnt werden. Sie ist neuerdings ausführlich von A. Grotjahn[2]) monographisch dargestellt worden und auch Prinzing hat sie in seinem Handbuch der medizinischen Statistik in einem eigenen Abschnitte kritisch behandelt. Ganz überflüssigerweise ist diese bedeutungsvolle Frage mit leidenschaftlichen Erörterungen über den Nutzen oder Nachteil hygienischer Maßnahmen verquickt worden: wie nüchtern dieses Problem behandelt werden kann, beweisen die schon angeführten englischen Verhandlungen.[3])

Auch ein letztes Kapitel der „Sozialen Hygiene", eines der allerwichtigsten, kann hier nur ganz kurz angedeutet werden, die Hygiene der Fortpflanzung. An sich wäre es der erwünschtere Zustand, wenn gerade dieses Gebiet lediglich der allgemeinen Hygiene vorbehalten bleiben könnte. Es muß hier geradezu als eine bedauerliche Tatsache gelten, wenn tausende laute Stimmen, berufen und nicht berufen, Abhilfe gegen die Störungen der normalen Voraussetzungen durch soziale Einrichtungen fordern. Es ist ein unhygienischer Zustand, wenn die gesellschaftliche Entwicklung es erschwert, daß der normale Geschlechtstrieb lediglich in den Dienst der Erzeugung einer gesunden, legitimen Nachkommenschaft gestellt wird; wenn unsere männliche Jugend, an der rechtzeitigen Eheschließung durch ihre wirtschaftliche Lage gehindert, Gefahr läuft, entweder durch den Verkehr mit der Prostitution die eigene Gesundheit, die ihrer späteren Gattin und des Nachwuchses zu gefährden, oder wenn sie einen Nachwuchs

[1]) Karup, Gollmer u. Florschütz, Aus der Praxis der Gothaer Lebensversicherungsbank. Jena, Fischer, 1902. Vgl. auch mein Referat in Ztschr. f. Soz. Med., I, S. 260.

[2]) Soziale Hygiene und Entartungsproblem. Jena, Fischer, 1904.

[3]) Fehlinger, Politischanthropol. Revue, V, 3.

unehelicher Kinder unter ungünstigen Bedingungen des späteren Fortkommens erzeugt. Die Gegenseite ist das sterile Hinwelken zahlreicher zur Fortpflanzung gut geeigneter Mädchen aus wirtschaftlicher Not und die Gattenwahl nach den Gesichtspunkten eigenen materiellen Vorteiles ohne Rücksicht auf die Voraussetzungen für das Gedeihen des Nachwuchses. Die Soziale Hygiene darf an solchen Zuständen nicht achtlos vorübergehen, aber als Wissenschaft hat sie nur nach Zahl und Maß zu schließen, unberührt von der Agitation des Tages, welche mit Leidenschaft und Feuer Resolutionen beschließt und dabei die quantitative Bewertung durch den Vergleich unterläßt. Daß die Geschlechtskrankheiten als Volksseuchen heute sorgfältiger beachtet werden, ist freudig zu begrüßen; ob sie heute häufiger sind als früher, ist mindestens zweifelhaft. Für die enorme Verbreitung dieser Leiden unter der männlichen Jugend der großstädtischen Bevölkerung werden gewöhnlich die Zahlen von Blaschko angeführt, gegen deren Zutreffen ich schon 1897 in meiner „Allgemeinen Epidemiologie“ und, soweit die Gonorrhoe in Betracht kommt, jüngst Erb[1] Bedenken erhoben haben. Jedenfalls war es in den Städten vor hundert Jahren nicht besser, denn die „schöne Seele“ in Goethes Wilhelm Meister wußte schon, „daß mit den meisten dieser leidigen Burschen nicht allein die Tugend, sondern auch die Gesundheit eines Mädchens in Gefahr sei,“ und in meinem Aufsatz über „Berlins hygienische Zustände vor hundert Jahren“[2] findet sich ein Zitat, nach dem schon damals die Zahl der infizierten jungen Leute auf 95 % geschätzt wurde. Was ferner die Gefahr der erblichen Übertragung der Syphilis betrifft, so fehlen uns überhaupt noch sichere Zahlen als Unterlagen: Spezialkliniken, welche nur von den positiven Fällen Kenntnis erhalten oder nur sozial tiefstehende Bevölkerungsschichten aufnehmen, erhalten kein richtiges Bild; nur Sammelforschungen von Hausärzten könnten Aufschluß geben; nach meinen persönlichen Erfahrungen in 25jähriger hausärztlicher Praxis bleibt der größere Teil des Nachwuchses von Vätern, deren Syphilis gründlich geheilt war, von der erblichen Übertragung der Krankheit verschont. Aber selbst wenn sich herausstellen sollte, daß im guten Kampfe die Agitatoren die Zahlen gegenüber der Wirklichkeit irrtümlich um das Doppelte zu hoch geschätzt hätten, so ist darum das Übel noch immer groß und ernst genug.

[1] Münch. med. Woch., 1906, Nr. 48.

[2] D. med. Woch., 1906, Nr. 22.

Auch gegen die übrigen sozialen Hindernisse eines erwünschten Zustandes der sexuellen Hygiene setzt in der Gegenwart eine eifrige Propaganda aus ganz verschiedenartigen Beweggründen ein, von denen die Soziale Hygiene besonders die Vorschläge zur gesundheitlichen Überwachung der Eheschließung, eventuell durch gesetzliche Zwangsmaßregeln interessieren. In wissenschaftlicher Form werden diese Fragen z. B. von A. Plötz in seinem Werke „Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen“ [1]), von Galton [2]) und von R. Koßmann in seinem lesenswerten Werke über „Züchtungspolitik [3]) ausführlich behandelt. Unserer Zeit erscheint gerade auf diesem Gebiete der Zwang wenig annehmbar; aber oft genug hat eine mächtige geistige Bewegung die Auffassung der Bevölkerung derart umgewandelt, daß die nächste Generation als selbstverständliche Pflicht, als unerläßliche moralische Forderung diejenigen Einschränkungen sich freiwillig auferlegte, welche ihre Vorfahren nur auf dem wenig sympathischen Weg des gesetzlichen oder polizeilichen Zwanges durchsetzen zu können glaubten.

Schluß.

In den abgehandelten Abschnitten ist ein großes Material beigebracht worden zur „Propaganda für das Ziel der Schaffung einer neuen Disziplin“. Da für eine solche Aufgabe die Subjektivität der Darstellung durchaus zulässig war, sind die einzelnen Abschnitte inhaltlich ungleichmäßig behandelt worden, was nicht angängig gewesen wäre, wenn die Absicht bestanden hätte, einen „Grundriß der Sozialen Hygiene“ zu verfassen. Dazu ist es aber noch zu früh. Nur einige wenige Abschnitte, nämlich gerade die hier ausführlicher dargestellten, zeigen schon heute Abrundung; bei den übrigen handelt es sich vielfach um Probleme und Aufgaben, um „Bebauungspläne“, über deren Form allerdings schon Klarheit herrscht. Wir verlangen darum heute noch nicht die Aufnahme in die bestehende Organisation des Unterrichtes, sondern begnügen uns mit dem Nachweise, daß die Ziele, die wir uns gesteckt, aus eigenem Streben heraus, ohne die Gunst und Förderung

[1]) S. Fischer, Berlin 1895.

[2]) Entwürfe zu einer Fortpflanzungshygiene (Eugenik). Arch. f. Rassen- u. Gesellschaftsbiologie, II, 5 u. 6. 1905.

[3]) Verlag Renaissance, Lehmann, 1905.

der offiziellen Kreise, der Arbeit wert sind. Haben wir heute noch um die Anerkennung zu ringen, so wird sie uns eine sehr nahe Zukunft freiwillig entgegenbringen. Wenn die sozialhygienische Forschung weiter streng an den Grundsätzen der naturwissenschaftlichen Methodik festhält, wenn sie unbeeinflußt von politischen Parteiprogrammen oder leidenschaftlich erörterten Tagesproblemen, aber auch nicht abgelenkt durch den Glanz medizinischer Modeströmungen den Zusammenhang der Vorgänge nach Zahl und Maß prüft, so ist ihr Ausbau nichts als eine Pflicht des ärztlichen Standes gegen die Gesellschaft, die von ihm eine Beschäftigung mit ihren Lebensfragen dringend verlangt. Die Auffassung der heutigen Gesellschaft vom Werte des Lebens steht im stärksten Gegensatze zu derjenigen früherer Zeitabschnitte. Wir bewerten das irdische Dasein höher als unsere Vorgänger, lediglich weil es jetzt der Mühe Wert ist. Wir sind weniger bedroht von unvermeidlichen Gefahren, die uns fatalistisch machen, denn die plötzlichen Todesbedrohungen durch politische Wirren, Gewalttaten, Seuchen, Naturereignisse haben erheblich abgenommen und brauchen nicht besonders gefürchtet zu werden. Es lohnt jetzt, das Leben wohnlich zu gestalten und auf seine Erhaltung und Verlängerung Wert zu legen. In den Kreisen unserer modernen Zivilisation ist darum der Hygieniker im Begriff, diejenige Stellung im Volksempfinden einzunehmen, welche vor ihm der Priester besaß. Man erkennt diesen Zusammenhang der Entwicklung leicht durch den Vergleich mit dem seelischen Verhalten solcher Bevölkerungsgruppen, die noch heute stündlich Gefahr laufen, den Naturgewalten zu erliegen. So stellt der Alpenbewohner sein ganzes, nicht geringes Empfinden für Schönheit und höhere Güter in den Dienst des Todeskultus; sein Leben ist stetig zu sehr bedroht, als daß es großen Wert hätte, viel Kraft auf dessen erträgliche Ausgestaltung zu verschwenden und sein treuester Berater und Freund ist nicht der Arzt, sondern der Priester.

Ein zweiter Grund der höheren Einschätzung des Einzellebens ist wichtiger, denn von einer möglichst großen Zahl wettbewerbsfähiger Einzelindividuen hängt im Kampfe der Völker das Schicksal der einzelnen Nationen ab. Nicht „Humanitätsdusel“ oder das berühmte „soziale Empfinden“, sondern nüchterne Rechnung veranlaßt die sorgsamere Wartung des spärlicher werdenden Nachwuchses und den Schutz der Lebenden vor verfrühter Abnutzung, um über genügend zahlreiche und kräftige Hände im friedlichen, wie im kriegerischen Wettbewerb in Gegenwart und Zukunft zu

gebieten. Auf der Pariser Weltausstellung von 1900 stand im unmittelbaren Schatten eines riesigen Creuzot'schen Schiffsgeschützes ein zierlicher Pavillon, der eine Couveuseneinrichtung zur Erhaltung schwach geborener Säuglinge barg. Diese unbeabsichtigte Zusammenstellung gibt ein bezeichnendes Bild der einander widersprechenden und doch zusammengehörenden Bestrebungen unserer Zeit zur Erhaltung der Gesellschaft.

Bei der heutigen Auffassung vom wirtschaftlichen Werte des gesunden Einzellebens für die höhere Einheit der Gesellschaft ist der Arzt nicht mehr nur ein Linderer der Leiden des Individuums sondern einer der wichtigsten Berater der Gesellschaft in ihrem Ringen nach Fortschritt und Kultur. Die Wissenschaft hat für diese Aufgabe dem Arzte das Rüstzeug bereit zu stellen, sie hat die Methoden auszubilden, deren Ergebnisse es ihm ermöglichen, seinen Wirkungskreis zu erweitern. Ihre Ziele erstrecken sich hierbei nach zwei Richtungen. Sie hat nicht bloß wie die öffentliche Gesundheitspflege die Pflichten und Lasten zu bestimmen, die der Einzelne im Interesse des Fortschrittes der Gesamtheit auf sich zu nehmen hat, sie hat weiter auch die Rechte des Einzelnen, der als Teil der Gesellschaft Gefahr läuft, von ihr unterdrückt zu werden, zu sichern und so viel als möglich zu erhöhen. Es ist ihre besondere und dankbarste Aufgabe, die Grenzen festzustellen, die nirgends überschritten werden dürfen, wenn nicht der Bewegungs- und Entwicklungsfreiheit des Einzelnen innerhalb der weiterschreitenden Reihen ein für ihn selbst unerträglicher und für die Gesamtheit nicht förderlicher Zwang auferlegt werden soll.

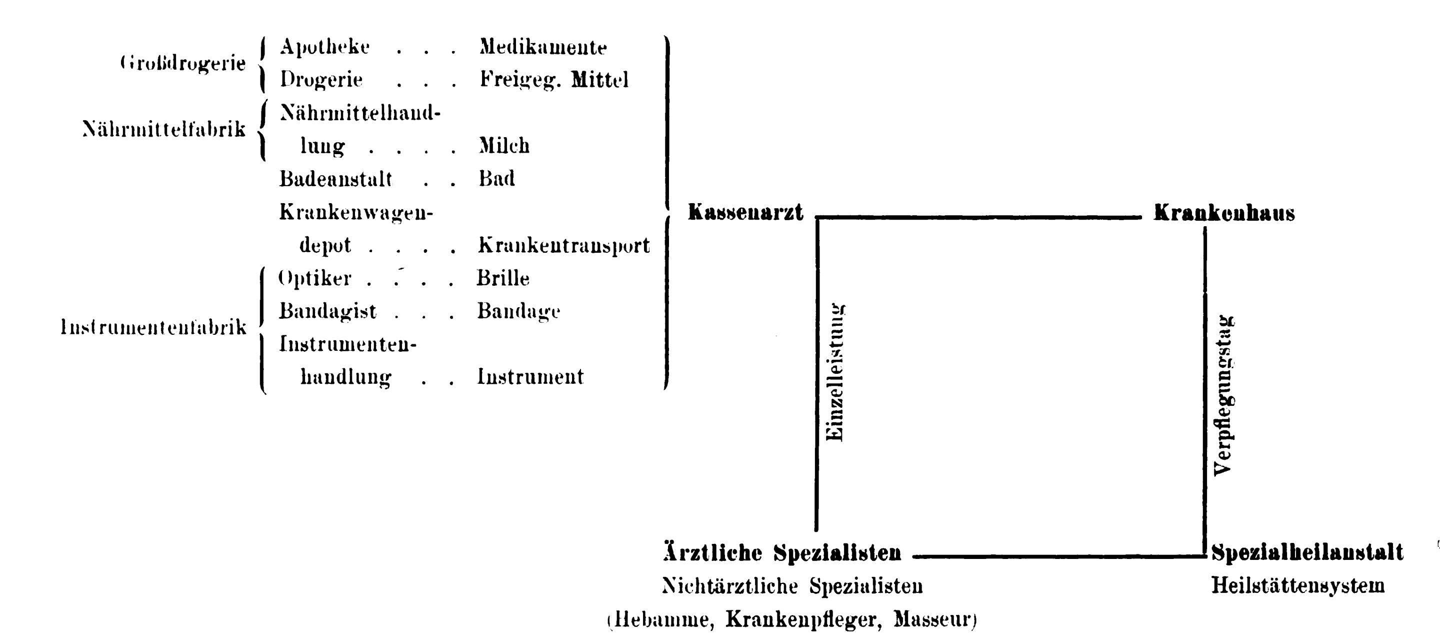
Die Arbeitnehmer der sozialen Versicherung.

Von Dr. med. L. EISENSDADT, Berlin.

Unter allen Problemen, welche die Neugestaltung der Arbeiterversicherung aufrollt, ist das obige sicher das schwierigste und trotz seiner Bedeutung am wenigsten wissenschaftlich durchforscht, ja auffallend wenig beachtet. Erschöpfend es zu behandeln liegt nicht im Bereiche einer Studie, auch nicht eines Beurteilers; handelt es sich doch um neu zu schaffende Einrichtungen, neue Betriebs- und Organisationsformen. Aber vielleicht genügen die folgenden Erwägungen, um die hierhergehörigen Interessengruppen zu veranlassen, mehr als bisher Wünsche und Forderungen zu äußern.

Der Begriff „Arbeitnehmer der sozialen Versicherung“ ist zunächst zu definieren. Während die privaten Lebens-, Unfall- und Invalidenversicherungen ihre Geschäfte ausschließlich mit Beamten führen, reichen solche für die soziale Versicherung nicht aus. Die Städte als Schöpfer von Volksbädern, Wasserleitungen und zahllosen anderen hygienischen Einrichtungen, die privaten Vereine als Begründer einer Fürsorge für Verletzte und deren Familien, als Begründer von Massenernährungseinrichtungen stehen genau so wie Kassen- und Vertrauensarzt, Krankenhaus, Heilstätte, Apotheker, Masseur im unentbehrlichen Dienste der sozialen Versicherung, nachdem diese Begutachtung, Heilung und Verhütung von Krankheiten in ihr Programm aufgenommen hat.

Von allen diesen verdient aber nur eine bestimmte Gruppe, nämlich diejenigen Personen und Betriebe, welche am Heilprozesse beteiligt sind, und zwar mit vollem Rechte die Bezeichnung „Arbeitnehmer“.


Großdrogerie
Nährmittelfabrik
Instrumentenfabrik
Apotheke . . . Medikamente
Drogerie . . . Freigeg. Mittel
Nährmittelhandlung . . . . Milch
Badeanstalt . . Bad
Krankenwagendepot . . . . Krankentransport
Optiker . . . . Brille
Bandagist . . . Bandage
Instrumentenhandlung . . Instrument
Kassenarzt
Krankenhaus
Einzelleistung
Verpflegungstag
Ärztliche Spezialisten
Nichtärztliche Spezialisten
(Hebamme, Krankenpfleger, Masseur)
Spezialheilanstalt
Heilstättensystem

Es handelt sich um private gewerbliche Berufe, welche in den Dienst der Krankenkassen aufgenommen wurden. Infolgedessen trat eine völlige Änderung ihrer wirtschaftlichen Lage ein. (Vgl. Die therapeutische Ökonomie: Nr. 17. 1905. Ärztl. Sachverständigen-Zeitung.)

An vorstehendem Schema sind die hierhergehörigen Personen und Betriebe aufgeführt, es sind 1. die vier Formen des ärztlichen Betriebes, 2. ärztliches Hilfspersonal (Masseure, Krankenpfleger, Hebammen), 3. Fabrikanten und Lieferanten von Heilmitteln. Wie ebendort bereits geschildert wurde, bestand die wichtigste Änderung darin, daß vielfach laut Gesetz nur bestimmte Vertreter dieser Berufsgruppen zum Krankenkassendienst herangezogen wurden. Die verschiedenen Orts-, Betriebs-, Innungs- und Hilfskassen nahmen als Arbeitgeber eine vertikale Scheidung in diesen Berufen vor; daraus ergaben sich z. B. bei den Ärzten unwürdige Abhängigkeit und Senkung des Honorars. Diese Zustände gaben ihrerseits einen fruchtbaren Boden für Bildung von Schutz- und Trutzbündnissen, von Gewerkschaften.

In der gegenwärtigen Krankenversicherung nehmen Heilpersonal und Heilmittelfabrikanten noch nicht völlig die Stellung von Arbeitnehmern ein, mehr oder weniger sind sie selbständige Betriebe und Gewerbetreibende. Denn noch gibt es keine obligate Familienversicherung, noch sind die Krankenkassen im Hinblick auf die Heilung nicht ausreichend, so daß der Selbstversorgung mit Heilpersonen und Heilmitteln noch ein bedeutender Spielraum bleibt.

Wie aber, wenn die Krankenkassen doch die so lange herbeigesehnte Zentralisation erfahren und wenn gar die Versorgung der Angehörigen eingeführt wird? Dann wird die Selbstversorgung der Versicherten einerseits, die Privatpraxis der Heilpersonen und -betriebe andererseits so eingeschränkt, daß beispielsweise bei Ärzten der Industriegegend Privatpatienten eine recht seltene Erscheinung werden dürften. Nun kommen noch einige Vorgänge hinzu, die mit Notwendigkeit zu der gefürchteten weiteren Proletarisierung dieser „Arbeitnehmer" führen.

Bekanntlich wirken neue Maschinen zunächst verderblich auf die Lage der Handarbeit; genau so muß z. B. die Vermehrung der Heilstätten den Apothekern und Kassenärzten einen großen Arbeitskreis entziehen, während andererseits ein sicheres Heilmittel gegen Tuberkulose die Heilstätten entbehrlich machen würde. Zu diesem Wettbewerb der Heilmittel kommt der Wettbewerb der Arztformen untereinander und mit den nichtärztlichen Heilpersonen.

Daß Wohnungsnot oder zu geringe Zahl von Kassenärzten oder der Mangel an kleinen speziellen Heilstätten die Vermehrung der Krankenhausbetten für die Krankenversicherten erforderlich macht, diese Erscheinung hat Wolf Becher als gesetzmäßig nachgewiesen. Daß Ärzte bzw. Ärztinnen in der künftigen Krankenversicherung den Beistand auch bei normalen Entbindungen leisten und so die Hebammen teils entbehrlich machen, teils dazu veranlassen werden, sich zur Wochenbettpflege zu spezialisieren, daß Ärzte die Massage als Sondergebiet den Heilgehilfen entreißen werden, diese weitere Entwicklung läßt sich nicht verhüten, wenn die Ärzte angemessen honoriert werden.

Schließlich ist noch der Wettbewerb der Ärzte untereinander von großer Bedeutung für die Arbeitnehmer der Arbeiterversicherung. Es ist kein Zufall, daß erst mit der freien Zulassung der Ärzte zur Kassenpraxis Heilstätten für Tuberkulöse und einige andere sozialmedizinische Einrichtungen, wie Landaufenthalt, Trinkerheilstätten, Walderholungsstätten gegründet und von den Kassen beschickt wurden. Je größer die Zahl der Ärzte ist, die an Einzelleistungen gegenüber den Kassenpatienten beteiligt ist, desto mehr entwickelt sich der medizinische Beruf zur Kunst, desto mehr tritt soziale Fürsorge an die Seite der individuellen Therapie. Wenn für das ganze Reich, wie Mayet will (Verhandlungen der Ges. f. Soziale Medizin. Med. Reform, 1906, S. 117—140), volle Kassenfreizügigkeit durchgeführt wird, wenn eine Bezirkskrankenkasse große Territorien zu versorgen hat, dann wird der Wettbewerb der Ärzte untereinander mit seinen Folgen selbst in das entlegenste Dorf getragen.

Wie ist nun bei der Neugestaltung der Arbeiterversicherung die Lage der Arbeitnehmer derselben am besten zu regeln? Betrachten wir die Vorschläge, die auf diesem Gebiete gemacht worden sind, nämlich

1. die freie korporative Vereinbarung auf Grund einer Pauschalbezahlung,
2. die Einführung eines gesetzlichen Maximaltarifs,
3. die Einführung eines gesetzlichen Mindesttarifs,
4. Bildung einer Genossenschaft bzw. Großeinkaufsgesellschaft,
5. völlige Verstaatlichung.

Die freie korporative Vereinbarung

ist bereits bei größeren Kassen eingeführt, befindet sich aber noch hier im Anfangsstadium, da sie nur den Ärzten gegenüber eine

Regelung des Kopfpauschales und der Zahl der Einzelleistungen vorgesehen hat. Daß diese Regelung oft eine völlig subjektive ist, weil tatsächlich hier das Arztsystem nichts anderes als eine Erweiterung des sogenannten fixierten Systems ist, kann nicht bezweifelt werden. Die therapeutische Ökonomie wird hier nicht von Sachverständigen, sondern vom Kassenvorstand und -geschäftsführer einerseits, den ärztlichen Vertrauensmännern andererseits gehandhabt, welche nicht selten noch in der Vorstellung befangen sind, daß die Krankenkassen nur Armenpflege zu leisten haben und welche mit dem behandelnden Arzte hinsichtlich der therapeutischen Ökonomie oft verschiedener Anschauung sind. Sehr schwierig ist auch für die ärztlichen Vertrauensmänner die Aufgabe, bei den behandelnden Ärzten die Zahl der Leistungen zu begrenzen. Da gestattet man homöopathischen Ärzten die „homöopathische" Rezeptur, Naturärzten bei allen Krankheiten die Behandlung ausschließlich mit Bädern und überläßt diesen Sonderlingen ein Maximum an Leistungen und Heilmitteln, während andererseits die ärztliche Vertrauenskommission in einer großen Dienstbotenkrankenkasse die tägliche Behandlung einer eiterigen Zellgewebsentzündung beanstandete. In beiden Fällen begeht man den Fehler, den Versicherten nach Art eines Privatpatienten zu behandeln. Gewiß besteht das Wesen der Arbeiterversicherung „in nichts anderem als in dem stets sich wiederholenden Aufsteigen eines Teils der unteren Klasse zu der Lebensführung der höheren, in einem Hineinwachsen in den Bedürfniskreis, aber auch in die Denkweise, in das Massenseelenleben der Mittelklassen". Gewiß hat die Versicherung vornehmlich die Aufgabe, „die durch das Aufsteigen der Klasse sich mithebenden Individuen vor dem Zurückfallen in die Charakterlosigkeit der materiellen Gnadenexistenz des „Armen" zu bewahren".[1]) Aber der Arzt darf nicht individuellen Neigungen der Versicherten Rechnung tragen, nicht die Moden der Privatpatienten auf die Kassenpraxis übertragen, er muß vielmehr Zahl der Leistungen und Art der Heilmittel nach dem jeweiligen Stande der therapeutischen Ökonomie bemessen, damit nicht die Gesamtheit der Versicherten durch Extrakosten des einzelnen Mitgliedes geschädigt werde.

Der Arzt muß objektiv genug sein, zwischen der vielgelästerten Begehrlichkeit der Versicherten und dem engherzigen „Unter-

[1]) v. Zwiedineck-Südenhorst, Arbeiterschutz und Arbeiterversicherung. B. G. Teubner's Verlag. S. 147.

nehmerstandpunkt“ der Kasse, unbekümmert um Lob und Tadel jeder Partei, die richtige Mitte zu finden.

Erst recht gilt diese Forderung für die Vertrauensmänner der ärztlichen Organisationen. Die eine ärztliche Arzneimittel-Kontrollkommission hat den Ersatz eines Sandow'schen Salzes durch natürlichen Mineralbrunnen mit der Androhung der Entfernung aus dem kassenärztlichen Verbande bestraft, die andere ließ die Verordnung notorischer Geheimmittel, Pinkpillen und Pain Expeller, anstandslos passieren!

Wenn man weiter die bisherigen Vereinbarungen bezüglich des Honorars betrachtet, so ist es merkwürdig, daß die einzelnen Vertragskommissionen ganz ungleich hohe Pauschalsummen fixieren und ganz verschiedene Arten der Honorarverteilung handhaben. Hier wird ein Honorar von 3,50 Mk. pro Kopf als eine Errungenschaft der Organisation bezeichnet, während dort bereits 4,50 Mk. errreicht sind. Ein stets wechselnder Monats- oder Quartalsbon oder ein nicht minder schwankender Point belohnt die ärztlichen Bemühungen im ganzen, während die „dringlichen“ Leistungen der Nichtkassenärzte nach den Mindestsätzen der Gebührenordnung belohnt und vielfach vom Honorar der Kassenärzte abgezogen werden. Man sieht, diese Vereinbarungen sind eher unfrei als frei, weil sie mehr von den Kassen als von den Ärzten diktiert werden, aber sie bezeichnen einen kolossalen Fortschritt gegenüber der Zeit, als es noch keine Koalitionsbewegung der Ärzte gab. Bessere Verträge konnten die Ärzte hauptsächlich deshalb nicht erreichen, weil ihnen die Notwendigkeit einer gewerkschaftlichen Organisation gegenüber ihren Arbeitgebern noch nicht klar geworden war und weil sie die Existenz der kleinen leistungsunfähigen Kassen durchaus schonen wollten.

Jedenfalls haben die fortwährenden Guerillakämpfe mit den Kassen die Solidarität der Ärzte derart gefördert, daß sie zentralisierten Kassen gegenüber in größerer und festerer Organisation stehen werden; dasselbe könnte man für das übrige Heilpersonal hoffen. Die Honorierung würde besser werden, während die Schiedsgerichte der Arbeiterversicherung bei Differenzen über Heilmittelverordnung und Zahl der Leistungen als Berufungsinstanz gegenüber dem Urteil der Vertrauensmänner fungieren würden. Um aber die territorialen Verschiedenheiten zu beseitigen und der Möglichkeit der Honorarstreitigkeiten vorzubeugen, halten mehrere Reformpläne eine reichsgesetzliche Ordnung für erwünscht bzw. für notwendig und fordern einen Maximaltarif.

Soweit die Krankenkassenkommission des Deutschen Ärztevereinsbundes sich geäußert hat, wünscht sie eine Pauschalsumme derart, daß die Einzelleistung den Minimalsatz der Gebührenordnung erreicht. Für dieses sogenannte Maximalpauschale sind mehrere Ärzte in den Standesorganen eingetreten. Mayet (a. a. O.) wünscht für die Kassenärzte ebenfalls die gesetzliche Festlegung eines Maximaltarifs in der Form: 4 Mk. pro Kopf und 4 Mk. pro Mille des Lohnfonds. Hiernach würden sich die Ärzte besser stehen, je höher der Lohnfonds ist und größere wirtschaftliche Krisen und Streiks durch Honorarkürzung verspüren, während doch eine allgemeine Erfahrung lehrt, daß zur Zeit der Hochkonjunktur in der gewerblichen Arbeit die Inanspruchnahme der Kasse am geringsten ist. Mit einem derartigen Pauschale werden sich die Ärzte mit Recht nicht einverstanden erklären.

Frühere Ärztetage verlangten einen Maximaltarif, nämlich die Bezahlung der kassenärztlichen Leistungen nach den Mindestsätzen der Gebührenordnung. Lennhoff befürwortet auch für Krankenhäuser einen Maximaltarif, jedoch solle deren Unterbilanz durch einen gesetzlich geregelten Zuschuß, der vom Reich oder den Kommunen oder Wohlfahrtsstiftungen oder von der Versicherung selbst zu leisten sei, gedeckt werden. (Verhandlungen der Ges. f. soz. Medizin, 1905, H. 12, S. 24.)

Eine Bindung nach oben, einen Maximaltarif gesetzlich einzuführen, ist m. E. aus dem Grunde verfehlt, weil die Inanspruchnahme des Heilpersonals bei zentralisierten Kassen sich im voraus gar nicht berechnen läßt. Wie ich bereits hervorhob, ist vielfach z. B. in den peripheren Stadtteilen Berlins und in allen Gegenden mit starker Bevölkerung der Industrie zu erwarten, daß die dortigen Kassenärzte ausschließlich von den Einnahmen aus der Kassenpraxis sich und ihre Familien werden ernähren müssen. Wie ferner sich voraussehen läßt, wird eine weit größere Zahl von Kassenpatienten früher und auf längere Zeit als jetzt der kassenärztlichen Behandlung durch Überweisung an die Heilstätten entzogen werden. Ein Maximaltarif hindert die höhere Bewertung der ärztlichen Leistung und den Wettbewerb der Arztformen; die vermehrte Arbeitstätigkeit der Ärzte endet jetzt bei ungenügender Bewertung derselben mit einer vermehrten Inanspruchnahme der Krankenhäuser.

Auch bei den Kliniken, Heilstätten, Krankenhäusern ist ein Maximaltarif nicht minder zwecklos. Die städtischen Krankenhäuser Berlins waren genötigt, immer mehr Ausgaben für diagnostische Apparate, Heilmittel und Heilpersonal zu machen. Daher war

die Stadt Berlin genötigt, allmählich eine höhere Bezahlung des Verpflegungstages zu beanspruchen und in allen Krankenhäusern durchzuführen. Jetzt ist sie bereits, weil sie seit Bestehen des Krankenversicherungsgesetzes dem Gesetz vom Wettbewerb der Arztformen und der Ärzte untereinander interesse- und verständnislos gegenüberstand, genötigt, für jedes im Krankenhause verpflegte Kassenmitglied 2 Mk. der Krankenkasse zuzuschießen. Bekannt ist der bisher abgelehnte Wunsch, zur Deckung dieser gewaltigen Kosten für die Vorortsbewohner einen höheren Tarif durchzuführen. Daß für die Krankenhäuser eine Zwangslage, keineswegs aber die Absicht besteht, durch „Heraufsetzung der Pflegegebühren" die Bilanz der Versicherung zu erschüttern oder die Einwohner auszubeuten, beweist auch die Erhöhung der Sätze für kranke Kinder, welche in den städtischen Krankenhäusern eintreten mußte, sobald die Charité ihre diesbezüglichen Sätze erhöhte.

Wenn also der Maximaltarif der veränderten wirtschaftlichen Existenz des Heilpersonals nicht gerecht werden und daher die Bilanz der Versicherung vor Erschütterungen keineswegs bewahren kann, so ist seine gesetzliche Festlegung völlig überflüssig und schädlich, weil er den Wettbewerb der Arztformen hindert.

Der Minimaltarif

ist bereits von Ascher, dem ersten Befürworter der Idee der Vereinheitlichung, gefordert worden. Er sagt es rund heraus: „Während bei gelieferten Materialien (Apothekerwaren, Krankenhausverpflegung etc.) der Kostenpreis ein Heruntergehen unter einen bestimmten Satz von selbst verbot, hat man bei den Ärzten in vielen Gegenden hierzu noch nicht gelangen können" (Ascher, Zur Vereinfachung des Reichsversicherungswesens, Olendorff's Ztschr. f. Soz. Medizin, 1895, S. 237). Genau genommen besteht allerdings bisher nur für die Apothekerwaren, d. h. die in Apotheken fertig gelieferten Tabletten, Originalpackungen, ein Mindestsatz. Denn die Leistungen verschiedener Krankenhäuser sind bisher selbst bei einheitlicher Pflegegebühr außerordentlich verschieden, je nach dem Vermögen bzw. den Zuschüssen des einzelnen Krankenhauses. Die Apotheken werden aber auch ebenso wie die Ärzte territorial verschieden für ihre Arbeit entlohnt, je nachdem sie mit den Krankenkassen einen höheren oder geringeren Rezepturrabatt vereinbart haben.

Hier muß das neue Gesetz das bisher Versäumte nachholen,

einheitliche Mindestsätze für die Honorierung des Heilpersonals schaffen und zwar:

1. für die Ärzte, Hebammen und Heilgehilfen nach Einzelleistungen,

2. für Krankenhäuser, Heilstätten und Krankenpfleger (Krankenpflegerinnen) nach Verpflegungstagen.

Wenn für die Leistungen der Ärzte 1 Mk., des ärztlichen Hilfspersonals 75 Pfg., der Krankenhäuser und Krankenpfleger 4 Mk. als reichsgesetzliche Mindestgrenze festgelegt werden, so würden daraus bemerkenswerte Folgen sich ergeben:

1. Die territorialen und lokalen Verschiedenheiten in der Bewertung der Leistungen des Heilpersonals würden aufhören.

2. Die sogenannte Dringlichkeit der Hilfeleistungen würde stark eingeschränkt werden. Es würde unmöglich gemacht, daß eine Schifferkrankenkasse für die Gonorrhoebehandlung ihrer Mitglieder den Kassenärzten der Heimat 10 Pfg., den Nichtkassenärzten der fernen Großstadt 1 Mk. bezahlt, weil dort die Gonorrhoebehandlung dringlich geworden ist. Die Existenz der privaten und berufsgenossenschaftlichen Unfallversicherung, die Zunahme der Unfälle im großstädtischen Verkehr, im Baugewerbe, Bergwerken und vielen anderen Industrien sind nicht die alleinigen Ursachen der übertriebenen Wertschätzung und Ausdehnung der ersten Hilfe, vielmehr ist auch das bisherige Krankenversicherungsgesetz mit der Gewährung der dringlichen Hilfe einerseits, der bestimmten Ärzte andererseits, und vor allem das Fehlen einer gesetzlichen Mindestgebühr für die ärztliche Leistung Ursache für die sonderbare Erscheinung, daß die erste Hilfe in Unfallstationen und Rettungswachen, ferner die Leistungen der Nichtkassenärzte weit höher bezahlt werden, als wenn eben dieselben von Kassenärzten ausgeführt werden. In Berlin hat sich die städtische Verwaltung nicht entschließen können, eigene Rettungswachen zu gründen, deshalb müssen die Krankenkassen für die Existenz von Rettungswachen und Unfallstationen bedeutende Summen, mag es sich nun um eine Pauschalhonorierung der dortigen ärztlichen Leistungen oder um eine Bezahlung nach den Mindestsätzen der preußischen Gebührenordnung handeln, zuschießen. Die Stadt Berlin kann allerdings demgegenüber auf ihren Zuschuß für die Behandlung von Kassenmitgliedern in ihren Krankenhäusern hinweisen.

Das Rettungswesen würde nun dort, wo unfallreiche Betriebe vorhanden sind, bei gesetzlichem Minimaltarif einfach auf Grund einer breiten ärztlichen Organisation geregelt werden können.

derart, daß der Wachtdienst während der Fabriktätigkeit für die anwohnenden Ärzte geregelt wird. Dann wird bei dieser Gesetzesänderung ein geregelter ärztlicher Nacht- und Sonntagsdienst, der jetzt auf unüberwindliche Schwierigkeiten stößt, leicht durchführbar sein. Ein Rettungsdienst auf Kosten der ökonomischen Existenz der Ärzte und Krankenkassen hat keine Berechtigung.

Eine Unterfrage des allgemeinen ärztlichen Dienstes, das Vertreterwesen, könnte dann kraft der Organisation so geregelt werden, daß dem zu vertretenden Arzt der Praxiskreis erhalten bleibt.

3. Aus der Mindestbezahlung der einzelnen Leistung, sollte man ohne weiteres denken, folgt die freie Zulassung. Wenigstens ist es sonst die selbstverständliche Folge der Tarifverträge zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer, daß diejenigen Personen, welche sich dem Tarif unterwerfen, eingestellt werden, sofern sie den Anforderungen des betreffenden Faches entsprechen, also gelernte Arbeiter sind und soweit das Maß der Beschäftigung in jedem einzelnen Betriebe eine Höchstzahl von Arbeitern gestattet.

Anders denken aber noch recht viele Sozialpolitiker und Ärzte auf dem Gebiete der Krankenversicherung. Zwar gestehen sie den Krankenhäusern, Spezialheilstätten und dem ärztlichen Hilfspersonal das Recht auf freie Zulassung zu, in der Meinung, es handle sich bei ersteren um eine begrenzte Zahl von Verpflegungstagen, bei letzteren um eine begrenzte, vom behandelnden Arzt gewünschte und leicht zu kontrollierende Zahl der Leistungen. Dagegen, meinen sie, sind die Krankheitszustände elastische Dinge im Hinblick sowohl auf die Zahl der Leistungen als auf Qualität und Quantität der Heilmittel, welche Haus- und Spezialärzte in der Kassenpraxis „zum besten geben“.

Diese Elastizität der Krankheiten der Versicherten ist erstens zurückzuführen auf die formelle Unzulänglichkeit der Krankenjournalführung. Vielfach wird Erneuerung des Krankenscheines, der Milch- und Bädergewährung als einzelne Leistung gebucht, während doch tatsächlich für die ganze Dauer der Erkrankung Milch, Krankengeld, bei rationeller kassenärztlicher Buchführung zu verordnen wäre. Zweitens sind namentlich Laien geneigt, die subjektiv verschiedene Begehrlichkeit der Kranken als eine Ursache der Elastizität der Krankheitszustände hinzustellen. Patienten mit Herzklappenfehler seien in verschiedenem Grade anspruchsvolle, besonders seien derartige weibliche Kranke übertrieben anspruchsvoll. Die Vertreter dieses Standpunktes kümmern sich sehr wenig um die Frage, ob diese subjektiv verschiedene

Begehrlichkeit gänzlich unberechtigt oder nur der Ausdruck einer objektiv vorhandenen, individuell (nach Konstitution und Beruf) verschiedenen Erkrankung sei.

Drittens, viele Ärzte verfallen angeblich in der Krankenversicherung der Polypragmasie oder einer ungebührlichen Sparsamkeit. „Bei Einzelbezahlung haben die Kassen ein Interesse, wenige Ärzte anzustellen, indem erfahrungsgemäß die Gesamtleistungen steigen, je mehr Ärzte an einer Kasse tätig sind" (Ärztl. Mitteilungen, 1906, Nr. 25, S. 321).

„Natürlich hängt auch die Ausdehnung der ärztlichen Tätigkeit von dem Arzt ab; wer sich in seinen Besuchen und Beratungen zu beschränken weiß, den Angehörigen bzw. Krankenschwestern auch etwas zu tun gibt, ist weniger belastet als derjenige, der selbst jede Temperatur mißt, jedes Bad leitet, jeden Verband, jeden Umschlag macht und viermal am Tage zu einem Kranken läuft, um diesem sein Interesse zu bezeugen, wo ein Besuch auch genügend wäre" (Ärztl. Mitteilungen, 1906, Nr. 26, S. 341). Diesen engen, philiströsen Horizont einer ärztlichen Kontrollkommission darf der Gesetzgeber bei einer Zentralisierung der Krankenversicherung nicht annehmen. Im informatorischen Attest muß das Recht des behandelnden Arztes, seinen Heilplan gegenüber dem kranken Individuum aufzustellen und durchzuführen, anerkannt werden, vorausgesetzt, daß dieser Heilplan mit den Erfahrungen und dem Stande der therapeutischen Ökonomie übereinstimmt. Demnach ist es erwiesen, daß der Mindesttarif für jede ärztliche Leistung die Zulassung eines jeden Arztes, der sich durch die wissenschaftlichen Anforderungen der therapeutischen Ökonomie gebunden erklärt, zur Folge hat, vorausgesetzt, daß die kassenärztliche Buchführung rationell umgestaltet wird. Nur diejenigen Ärzte würden sich also eine Konventionalstrafe zuziehen, welche Krankheiten nach längst überlebten Methoden (Homöopathie) oder kunstwidrig behandeln und daher den therapeutisch ökonomischen Endzweck der Behandlung außer acht lassen.

In engem Zusammenhang hiermit steht es, daß der Mindesttarif der Einzelleistungen eine wesentliche Verschiebung der Grenzen zwischen Allgemein- und Spezialarzt und zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Spezialisten zur Folge hat. Schon in einem früheren Aufsatz zur Neugestaltung der Arbeiterversicherung wies ich darauf hin, daß es eine absolute Grenze zwischen der Tätigkeit des Allgemein- und derjenigen des Spezialarztes nicht gibt. Ich wies dort auf die sozialen Ursachen für die Zunahme

der Spezialistenzahl hin. Eine solche soziale Ursache ist auch die heutige Verfassung der Krankenversicherung, deren Organe vielfach der Zulassung der Spezialisten — freilich notgedrungen — weniger Schwierigkeiten in den Weg legen als den Allgemeinärzten, und auch die spezialistischen Übungsstätten alias Polikliniken wegen deren „Billigkeit“ zu konservieren suchen. Nun ist es ja bekannt, wie vielfach in den modernen ärztlichen Spezialdisziplinen zahlreiche diagnostische und chirurgisch-technische Einzelleistungen das Wesen der spezialistischen Therapie ausmachen. Gegenwärtig findet sich der Kassenarzt mit diesen spezialistischen Einzelleistungen, z. B. bei Kontusion eines Oberschenkels, derart ab, daß er solche Patienten einem Heilgehilfen oder einem Spezialarzt für Massage oder einem Krankenhause überweist.

Bei einem gesetzlichen Mindesttarif der Einzelleistung kann er nicht mehr der Polypragmasie beschuldigt werden, wenn er solche Patienten selbst täglich oder jeden zweiten Tag massiert. Der Allgemeinarzt würde zahlreiche Heilungsarten erlernen und ausüben, welche jetzt ausschließlich dem Spezialarzt überlassen sind. Er würde Magen-, Blasen-, Harnröhrenspülungen, Injektionen usw. selbst ausführen, und den Spezialarzt nur zum Zwecke sicherer Diagnosestellung hören. Andererseits würden die seltneren und schwierigeren Spezialkrankheiten und -behandlungen dem Spezialarzt verbleiben. Dieser würde — nicht zum Nachteile der Versicherten — ob nun die Krankenkasse einem Kreise oder Verwaltungsbezirke entsprechen würde, die spezialistische Kunst in die kleineren Städte und auf das flache Land tragen. Eine sozialmedizinisch außerordentlich wichtige Verteilung der Spezialisten würde erfolgen. Unbeschadet der Hochachtung vor dem Landarzt, der mit kleinen Mitteln Großes leistet, würde im Bunde mit ihm der erfahrene Spezialarzt viel zur Verringerung unheilbarer Krankheiten der Dorfbewohner beitragen.

Wenn infolge des Mindesttarifs der Arzt mehr und mehr die nichtärztlichen Spezialisten, Heilgehilfen und Krankenpfleger ersetzt, wenn die Ärztin mehr und mehr die Funktionen der Hebamme und Wochenpflegerin übernimmt, wenn das höher gebildete Heilpersonal überall das niedere verdrängt, so ist das in der Tat ein großer Fortschritt!

Der Arzt ist und bleibt nun einmal der beste Samariter, und besser ist es, in Heilstätten und Krankenhäusern ärztliches Hilfspersonal als verheiratete Beamte unter ständiger ärztlicher Direktion fest anzustellen, als Personen kürzer oder länger in Krankenhäusern

auszubilden, um dieselben zu veranlassen, nach der Entlassung den Heerbann der Kurpfuscher zu vermehren. Auch sonstige erwerbende Nebenbeschäftigung des ärztlichen Hilfspersonals scheint mir nicht der Würde derjenigen angemessen zu sein, die auch nur Diener der Ärzte sind; einen Heilgehilfen von der Feldarbeit wegzuholen, damit er blutige Schröpfköpfe setze, das entspricht kaum den Anforderungen der Asepsis.

Zwar genügt schon die freie Zulassung der Ärzte, um den Wettbewerb in der Heilkunst zu veranlassen; derselbe wird noch durch den Mindesttarif der einzelnen Leistung erheblich verstärkt. Ohne die freie Zulassung bedingt dagegen, wie bereits dargelegt, der Mindesttarif ungebührliche Sparsamkeit in der Verordnung der Heilmittel, in der Zahl der ärztlichen Leistungen und vermehrten Zugang zu den Krankenhäusern.

Der Mindesttarif vermag auch den Wettbewerb unter den Arztformen zu fördern. Wenn der hausärztliche Besuch nicht mehr mit 20 Pfg., sondern z. B. mit 1½ Mk. honoriert wird, so dürfte so manche Erkrankung mit nicht geringerem Erfolge als im Krankenhause häuslich behandelt werden. Man wird erwidern, in Anbetracht der Wohnungsverhältnisse, die allein bei manchen Krankheiten eine häusliche Pflege unmöglich machen, wäre das kein Fortschritt. Indes schon die häusliche Behandlung von Frakturen, Abszessen, des inoperablen Carcinoms wäre den Patienten, der Ökonomie der Krankenkassen und der Entlastung der großen Krankenhäuser förderlich: diese läßt sich auch in dürftigen Wohnungen vornehmen.

Unter dem Schutze des Mindesttarifs für den Verpflegungstag kann der Augen- und Nervenarzt, sowie jeder andere Spezialist mit geringeren finanziellen Opfern sich ein kleineres Krankenhaus errichten, ein hygienischer Fortschritt, der wiederum vor allem dem platten Lande zugute kommen würde. Desgleichen kann der Allgemeinarzt allein oder in Verbindung mit Berufsgenossen kleinere Verpflegungsstationen, Genesungs-, Siechenheime usw. mieten und so mit geringen Kosten viel z. B. zur Bekämpfung der Tuberkulose und des Carcinoms beitragen.

Auf Grund des Mindesttarifs könnten auf dem Wege korporativer Vereinbarung eine territorial verschiedene oder noch besser auf dem Wege der Reichsgesetzgebung eine im ganzen Reich geltende Mindestgebührenordnung für Kassenärzte geschaffen werden. Andere Gebührenordnungen, etwa die Mindestsätze der für die Privatpraxis der Ärzte geltenden preußischen Gebührenordnung sind aus zwei Gründen zu verwerfen: 1. würden solche die Einführung

eines Maximaltarifs bedeuten, 2. sind auch hier Privat- und Kassenpraxis zwei miteinander nicht zu vergleichende Dinge. Es bestehen zwar bereits mittels korporativer Verträge entworfene Mindestgebührenordnungen auf Grundlage eines Mindesttarifs der einzelnen Leistung, z. B. beim Verein der freigewählten Kassenärzte zu Berlin für einige Krankenkassen; dieselbe ist aber unvollkommen, weil der Mindesttarif der einzelnen Leistung jedesmal aus einem Pauschalhonorar entwickelt wird, und weil wichtige Positionen fehlen: so ist es doch eine schon zeitlich höher zu bewertende Leistung, wenn der Arzt in der Sprechstunde einen technischen Eingriff vornimmt, als wenn er dem Patienten ein Bad oder ein Medikament verordnet.

So kompliziert die kassenärztliche Tätigkeit ist, weit komplizierter als diejenige des übrigen Heilpersonals, so scheint mir doch die Festlegung einer Mindestgebührenordnung nicht schwierig zu sein.

Aus welchen Ursachen werden die Ärzte und überhaupt das Heilpersonal eine Erhöhung des Mindesttarifs verlangen müssen?

I. Wenn der Aufwand für Instrumente, Einrichtung, Mieten, Grundstücke notwendig steigt.

II. Wenn die Tätigkeit aller Formen des ärztlichen Betriebes den Saisoncharakter annimmt, z. B. durch Fortschritte der öffentlichen Gesundheitspflege und sozialen Prophylaxe.

III. Wenn sich Krankheitsfälle häufen, die durchaus der Isolierung in geschlossenen Anstalten bedürfen, vermindert sich die Tätigkeit der Hauskassenärzte (Choleraepidemie).

IV. Bei Einführung obligatorischer Familienversicherung oder bei Belassung freiwilliger Mitglieder in der Versicherung infolge der Reduktion der Privatpraxis.

V. Wenn die genossenschaftliche Organisation (Unterstützungswesen) nicht ausreicht, um für invalide Heilpersonen resp. deren Witwen und Waisen zu sorgen.

VI. Wenn die sonstige gewerkschaftliche (Stellennachweis, Warnung vor dem Berufe) und genossenschaftliche Organisation nicht ausreichen zur Unterbringung neu hinzukommender Heilpersonen.

Die hygienische Bedeutung der mit dem Mindesttarif verbundenen freien Zulassung besteht nicht nur in dem ununterbrochenen Dienst für erste Hilfe, sondern auch in dem so gut funktionierenden Dienst für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, der Säuglingssterblichkeit und der Tuberkulose. Die sogenannten Dispensaires, eine vorläufige Form des Ärztedienstes, dürften sich dann erübrigen.

Die Bildung einer Genossenschaft bzw. einer Großeinkaufsgesellschaft

dient zur Regelung der Herstellung und Lieferung von Heilmitteln. (Im obigen Schema sind die hierhergehörigen Gruppen links von „Kassenarzt“ aufgeführt.) Mayet[1]) empfiehlt einen ständigen Ausschuß der Bezirkskassen und als dessen reale Funktionen: Besitz und Betrieb von Krankenlogierhäusern in allen anerkannten Heilbädern, ferner den genossenschaftlichen Vertrieb von Bandagen, Desinfektionsmitteln, Handverkaufsartikeln. Es gibt eine Reihe von Heilmitteln, deren Verordnung nicht dringlich ist, die also meist ohne Gefahr für den Kranken aus einer zentralen Bezugsquelle in 1—2 Tagen bestellt werden können. Dazu gehören Brillen, Inhalationsapparate, Irrigatoren, Lederfinger, gewöhnliche Leibbinden. Der zentrale Ausschuß der Bezirkskassen könnte diese Artikel im großen einkaufen oder in eigenen Produktionsstätten herstellen. Von der zentralen Geschäfts- oder Produktionsstätte könnte auf die genaue Verordnung des Arztes hin dieses Heilmittel geliefert werden. Mit solcher Einrichtung könnte eine Kontrolle der Qualität leicht verknüpft werden. Die Kassen würden nicht mehr billige und schlechte Waren liefern und Kosten für Wiederholung der Verordnung des Heilmittels sparen können. Gegenwärtig übt der von den Kassen festgesetzte Einheitspreis oft einen verschlechternden Einfluß auf Beschaffenheit und Haltbarkeit des Materials aus; verschiedene Verkaufsstellen liefern ungleich brauchbare Lederfinger, Gummischläuche usw. Mit den Zentralstellen könnten Prüfungskommissionen für Verbesserungen und neue Apparate auf diesem Gebiete verbunden werden. Man bemerkt, daß seltener verlangte Augengläser schwieriger Konstruktion von den kleinen optischen Verkaufsstellen gar nicht oder nach langem Warten zu erhalten sind.

Was nun die dringlichen Heilapparate, Verbandstoffe, Katheter, Bougies, Eisblasen usw. betrifft, so bestehen bei deren Bezug eben solche Mißstände. Die feineren Katheter und elastischen Bougies, die von Drogengeschäften oder Apotheken in eiligen Fällen bezogen werden, entsprechen oft genug keineswegs den Anforderungen des Arztes, sind brüchig oder in der gewünschten Nummer nicht vorhanden. Von ungleichartiger Beschaffenheit sind in den meisten Lieferungsstätten die Mullbinden und im Einzelpreis recht teuer. Die gewöhnlichen Kanülen der Subkutanspritzen sind billig aber

[1]) Verhandl. d. Ges. für Soz. Med. A. a. O.

äußerst schlecht und für wiederholte Anwendungen unbrauchbar. Auch hier würde die zentrale Produktion resp. der Großeinkauf einen wichtigen Fortschritt bedeuten. Nur fragt es sich, wo diese Artikel am besten untergebracht werden können. Die Kassen eignen sich hier nicht zu Filialdepots, weil es sich ja um dringlich verlangte Instrumente handelt. Am zweckmäßigsten dürfen diese Gegenstände dem Arzte einerseits, dem Apotheker andererseits in Verwahrung gegeben werden. Manches ist nach dem Gebrauche noch verwendbar (Inhalationsapparate Eisblasen, u. dgl.), könnte von den Zentralstellen zur Sterilisation im großen abgeholt und anderen Kranken gegeben werden. Von Wichtigkeit dürfte der Großeinkauf künstlicher Nährmittel durch den ständigen Ausschuß der Bezirkskassen sein; auch die selbständige Produktion wird hier gewünscht, nämlich die Errichtung von Krankenküchen für Erwachsene und Milchstuben für Säuglinge. Das ist ein sozial therapeutisches Gebiet, welches stark in die soziale Prophylaxe hinübergreift.

Manche Gebiete der Heilmittellieferung vertragen aber eine so weitgehende Zentralisation nicht. Der von Röder gemachte Vorschlag eines Zentralbadeinstitutes für die Berliner Krankenkassen wäre kein ökonomischer Fortschritt, denn sehr viele Versicherte können erst spät nach Verlassen der Arbeit ihr Dampfbad in der nächsten Badestelle nehmen. Hier ist die Dezentralisation bequemer und billiger, diese hat aber wiederum den Nachteil, daß in den privaten Badeanstalten die Kontrolle fehlt und daher zum Schaden der Kassen die Kurpfuscherei sich üppig entwickeln darf. Die privaten Badeanstalten geben dem Besucher gern den Rat, sich doch recht viele Dampfbäder verschreiben zu lassen, erst deren Masse könne wirken.

Dort wo eine Bandage besondere Konstruktion (Wanderniere, Bruchband usw.) erfordert, sind tüchtige Fachleute nötig, die fertigen Bruchbänder entsprechen nicht der Größe des Bruches, sind schlecht hergestellt, müssen daher zu oft erneuert werden und verursachen so unnötige Kosten.

Im Mittelpunkt dieser genossenschaftlichen Umbildung steht die Frage nach dem Bestande der Apotheken. Mögen die Handverkaufsartikel im großen eingekauft oder hergestellt werden, ihre Bezugsquellen sollten nur die Apotheken sein. Der Fehler, den gegenwärtig einzelne Krankenkassen durch das Hereinziehen der Drogengeschäfte, also durch das Heruntergehen von einem geprüften zum ungeprüften Stande, begangen haben, muß durch zentralisierte

Kassen wieder beseitigt werden. Denn die Drogengeschäfte, diese Brutstätten der Kurpfuscherei, dürfen bei der sozialen Versicherung in Zukunft nicht zugelassen werden. Andere Fragen sind, ob die wirtschaftliche Existenz der Apotheken und des Personals derselben gesichert wird, wenn der Handverkauf auch der heute freigegebenen Mittel in die Apotheken zurückkehrt und ob dann die „ärztliche Raterteilung“, die Verbindung mit Kurpfuschern, die Empfehlung von Geheimmitteln aus diesen Stätten des Heildienstes verschwinden werden. Leider dürften diese Fragen nicht zu bejahen sein, wenn wir uns überlegen, daß die Zentralisation der Kassen die Selbstversorgung mit Heilmitteln vermindert, den Kreis des privaten Bedarfs einengt und das Medikament im Wettbewerb mit anderen Heilfaktoren noch mehr als jetzt in den Hintergrund treten läßt. Erinnern wir uns ferner, wie die einzigen Apotheken kleiner Ortschaften auf die Kassen bzw. die Kassenärzte einen Druck dahin auszuüben suchen, daß der Arzneikonsum ja nicht verringert werde. Schließlich ist auch des Konzessionswesens und der schlimmen Lage der Apothekergehilfen, die mit Notwendigkeit zur Bildung einer Gewerkschaft führte, zu gedenken. Alles dieses macht uns begreiflich, weshalb von verschiedenen Seiten besonders auch von den Apothekern selbst der Wunsch nach Kommunalapotheken laut wurde.

Die berufliche Tätigkeiten der Pharmazeuten ist auch mit einer beamteten Stellung ohne Schaden für die Kranken leicht zu vereinen. Sie besteht einerseits aus rein geschäftlichen Leistungen, Abgabe vorrätiger Substanzen andererseits in pharmakologisch-wissenschaftlischer Arbeit bei Mischungen, Wägungen, Harnanalysen u. a. Mag die letztere auch mit hoher Verantwortung verbunden sein, so erfolgt sie doch im Auftrage des Arztes: der Apotheker tritt nicht mit seiner ganzen Persönlichkeit so dem Kranken entgegen wie der Arzt.

Die Körperschaften der Krankenversicherung haben an der Reform der Apotheken ein wichtiges Interesse nicht allein aus ökonomischen Gründen, sondern auch, weil eine Kontrolle der Beschaffenheit der eingekauften Stoffe und fertigen Verordnungen von größter Bedeutung für die Versicherten ist.

Die Vermehrung der ländlichen Krankenhäuser wird den Krankenkassen auch die Pflicht auferlegen, das Krankentransportwesen zu verbessern, eigene Krankenwagen, Desinfektionsvorrichtungen, Sauerstoffinhalationsapparate anzuschaffen und dauernd bereit zu halten. Krankenpfleger würden hierzu von den Kassen als Beamte angestellt werden.

Die völlige Verstaatlichung.

Wenn wir aus obiger Darlegung sehen, wie zahlreiche Fachleute der Heilkunst der zweifelhaften Existenz eines freien Gewerbes entzogen werden und an den zentralen und lokalen Dienststellen der sozialen Versicherung als Beamte fungieren können, so liegt die Idee nahe, auch das Heilpersonal aus Arbeitnehmern in Beamte umzuwandeln. Es fungieren ja heute bereits die leitenden Ärzte der Heilstätten der Landesversicherungsanstalten und Berufsgenossenschaften als festangestellte Beamte, ebenso die dort beschäftigten Pfleger, Pflegerinnen und Assistenzärzte, wenn auch letztere vorläufig als Beamte in Übergangstellung. Dazu kommen schon gegenwärtig die gutachtlich tätigen, beamteten Vertrauens-, Spezialärzte und wohl auch ärztliche Gewerbeinspektoren. Es fragt sich nun, ob es auch ratsam ist, den frei praktizierenden Kassenärzten einen beamteten Charakter zu geben. Rein vom Standpunkte der wirtschaftlichen Versorgung haben einige Ärzte diese Frage bejaht. Schreber, Verhandl. d. Ges. f. Soz. Medizin u. Reform, 1906, S. 281, beantwortet ganz im Sinne Zeplers und Lassars den Wunsch nach freier Zulassung dahin, daß jeder Arzt, der es wünsche, als beamteter Kassenarzt anzustellen sei, aber dabei begeht er den Kardinalfehler, ein festes Gehalt zu verlangen. Jedes feste Gehalt, mag es sogar doppelt so hoch sein als Schreber zugesteht, wirkt nämlich als Pauschalhonorar, die Patienten geraten dadurch in Gefahr hinsichtlich der Einzelleistungen. Das ist die Ursache, weshalb bisher in allen Fällen das System beamteter Kassenärzte Fiasko gemacht hat. Das Pauschale in Form des festen Gehaltes zerstört völlig den Wettbewerb sowohl der Ärzte als der Arztformen untereinander. Diese aus dem Werdegang der Kassenarztfrage hervorgegangene Erfahrung und unumstößliche Tatsache hat Schreber übersehen, sonst hätte er außer einem festen Gehalt als der Grundlage eine Bezahlung jeder einzelnen Leistung nach einen korporativ zu vereinbarenden Mindesttarif fordern müssen.

Ein solches Grundgehalt würde nur zur Versorgung dienen, also ein Existenzminimum der Kassenärzte bedeuten, in der Erkenntnis, daß selbst bei freier Zulassung und Bezahlung der Einzelleistungen, aus deren Einnahmen ausschließlich nur wenige Ärzte ihren Unterhalt beschaffen können.

Doch entspricht jede Beamtung des frei praktizierenden Heilpersonals kaum dem sozialen Geiste der Versicherung, noch

weniger der Stellung des Arztes in derselben, am wenigsten den Bedürfnissen des Versicherten. Dieser soll am behandelnden Arzte seinen Rechtsanwalt, nicht einen Staatsanwalt oder Richter haben. Das kranke Individuum, die individuelle Krankkeit erfordern eine individuelle Behandlung. Gering ist die Gefahr der Polypragmasie, welche durch den Ausbau der therapeutischen Ökonomie gemildert werden kann, gegenüber der Sparsamkeit genügsamer, selbstzufriedener und verknöcherten Beamten. Außerdem bietet sich ein anderer schon betretener Weg der wirtschaftlichen Hebung des Standes, nämlich die Förderung und weiterer Ausbau der ärztlichen Gewerkschaft und Genossenschaft. Dieser muß aufgetragen werden, jedem einzelnen Mitgliede einen ausreichenden Wirkungskreis zu verschaffen, ihre Fürsorgeeinrichtungen für die invaliden Ärzte und die Hinterbliebenen, ihre Organisation des Rettungs-, Nacht- und Sonntagsdienstes sind von den Körperschaften der sozialen Versicherung zu fördern. Sehr wesentlich könnte die Lage des frei praktizierenden Heilpersonals durch die Errichtung von Tarifämtern für die Privatpraxis gebessert werden. (Vgl. Medizinische Klinik 1905, 49, S. 1255.)

Von den Nichtärzten, die sich zum Kapitel der Arbeitnehmer der sozialen Versicherung geäußert haben, scheint mir besonders Sayffaerth diese verwickelten Verhältnisse erkannt zu haben. Er meint, die Krankenkassen würden durch vorzeitige Überlassung geeigneter Fälle zwecks intensiven Heilverfahrens an Berufsgenossenschaften und Landesversicherungen Ersparnisse machen, welche zur Aufbesserung der Leistungen an einigen Stellen und zur besseren Bezahlung der Ärzte verwendet werden könnten (Verhandl. d. Ges. f. Soz. Med., H. 12, 1905, S. 47).

Größere Beiträge würden hierzu bei der Organisation der Arbeitsvermittlung frei werden (ebendort S. 47). Vielleicht wird die Zunkunft lehren, daß die freie Arztwahl und die höhere Honorierung der Einzelleistung gar nicht die befürchtete Steigerung der Ausgaben zur Folge hat (S. 54). Aus unseren Darlegungen ergeben sich klar die Maßnahmen, welche zu treffen sind, um bei der Neuordnung der Arbeiterversicherung auf diejenigen Berufe Rücksicht zu nehmen, für deren Versorgung zwar die Versicherung nicht geschaffen wurde, auf deren Schultern aber die Ausführung der wichtigsten Funktion ruht, nämlich die der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit.

Das preußische Gesetz, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 28. August 1905.[1]

Von Dr. Franz Nesemann,
Regierungs- und Medizinalrat in Berlin.

Die vom preußischen Ministerium der Medizinalangelegenheiten in Aussicht gestellten Änderungen der Ausführungsbestimmungen zu dem Gesetze vom 28. August 1905, auf welche in Heft 3 Band I dieser Zeitschrift auf Seite 246 (Anmerkung) hingewiesen worden war, sind inzwischen durch Erlaß des Herrn Ministers vom 25. September 1906 bekannt gegeben worden.

Eine Zusammenstellung der sämtlichen nunmehr gültigen Ausführungsbestimmungen ist unter der Bezeichnung „Allgemeine Ausführungsbestimmungen zu dem Gesetz, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten“ erschienen und in Nr. 17 des Ministerialblattes 1906 für Medizinal- und medizinische Unterrichts-Angelegenheiten abgedruckt.

Gleichzeitig mit diesen „Allgemeinen Ausführungsbestimmungen“ sind für neun übertragbare Krankheiten, nämlich Diphtherie, übertragbare Genickstarre, Kindbettfieber, Körnerkrankheit (Granulose, Trachom), Milzbrand, Rotz, übertragbare Ruhr, Scharlach und Unterleibstyphus Sonderanweisungen zu ihrer Bekämpfung erschienen, welche in einer besonderen Beilage zu Nr. 16 des genannten Ministerialblattes abgedruckt sind. Diese Sonderanweisungen enthalten nun zwar einzelne, für jede der übertragbaren Krankheiten besonders gültige Bestimmungen, bringen jedoch im wesentlichen eine Zusammenstellung der für die einzelnen übertragbaren Krankheiten in Betracht kommenden Bestimmungen des Gesetzes vom

[1]) Nachtrag zu den Artikeln in Band I dieser Zeitschrift.

28. August 1905 selbst sowie der dazu erlassenen allgemeinen Ausführungsbestimmungen in ihrer jetzigen Fassung. Aus diesem Grunde kann von einem Abdruck und eingehender Besprechung der einzelnen Sonderanweisungen an dieser Stelle Abstand genommen werden, doch werden sie, soweit möglich, Berücksichtigung finden.

Die Ausführungsbestimmungen in ihrer jetzigen Fassung enthalten gegenüber ihrer ursprünglichen in den früheren Nummern dieser Zeitschrift abgedruckten Fassung einige Änderungen und Ergänzungen.

Viele derselben haben jedoch hauptsächlich Interesse für die Behörden, weniger für das ärztliche und weitere Publikum. Sie werden daher,. zumal da auch der in dieser Zeitschrift zur Verfügung stehende Raum beschränkt ist, nur insoweit wörtlich abgedruckt werden, als es zum Verständnis notwendig ist. dabei aber auch die übrigen Bestimmungen ihrem wesentlichen Inhalt nach Erwähnung finden.

Die Änderungen und Zusätze der Ausführungsbestimmungen in ihrer neuen Fassung betreffen hauptsächlich die Abschnitte 2 und 3 des Gesetzes über die Ermittlung der Krankheit und die Schutzmaßregeln, ferner die Desinfektions-Anweisung, während die Ausführungsbestimmungen zu den übrigen Abschnitten des Gesetzes nur wenig geändert sind.

Im ersten Abschnitt, welcher sich auf die Anzeigepflicht bezieht, haben die Ausführungsbestimmungen zu § 1 folgenden Zusatz erhalten:

Außer Erkrankung ist auch der Todesfall anzuzeigen.

Der Todesfall ist auch dann anzuzeigen, wenn die Erkrankung des Verstorbenen bereits angezeigt war.

Hiermit wird allerdings nur die Auffassung bestätigt, welche bereits bei Besprechung des § 1 Abs. 1 des Gesetzes, in Heft 2. Seite 164 Ausdruck gefunden hatte. In der Praxis dürfte indessen diese Bestimmung auf manche Schwierigkeiten stoßen und auch manche veranlassen.

Es sei nur an folgenden Fall gedacht. Auf dem Lande erkrankt jemand an einer übertragbaren Krankheit. Es wird ein Arzt zugezogen, der auch den Krankheitsfall vorschriftsmäßig der Ortspolizeibehörde anzeigt. Der Arzt wird indessen nicht weiter zu dem Kranken geholt, dieser bleibt ohne weitere Behandlung und stirbt. Eine Leichenschau besteht nicht für den Bezirk, zu welchem der Ort gehört. Nun wäre der Haushaltungsvorstand zur Anzeige verpflichtet. Wird dieser aber überhaupt von dieser Verpflichtung Kenntnis haben? Unterläßt er aber die Anzeige, so ist er nach

§ 35 Abs. 1 des Gesetzes strafbar. Vielleicht hat nun auch der zugezogene Arzt zufällig, etwa dadurch, daß die Angehörigen die Arztkosten begleichen wollen, Kenntnis von den erfolgten Tode des Kranken erhalten. Ist er damit gemäß § 1 Abs. 1 und § 2 Ziffer 1 verpflichtet, die Anzeige an die Ortspolizeibehörde zu erstatten, falls diese von den Angehörigen noch nicht erstattet ist?

Um derartige Schwierigkeiten zu vermeiden, die Anzeige des erfolgten Todes aber unter allen Fällen zu sichern, dürfte es zweckmäßig sein, den Standesbeamten die Verpflichtung aufzuerlegen, daß sie die bei ihnen amtlich zur Anmeldung gelangenden Todesfälle an übertragbaren Krankheiten der Ortspolizeibehörde anzeigen oder, sollte sich dieses als untunlich erweisen, daß sie wenigstens die Angehörigen des Verstorbenen an ihre Verpflichtung erinnern, den Todesfall auch der Ortspolizeibehörde anzuzeigen.

Das hier mit Bezug auf das preußische Gesetz Erörterte hat in gleicher Weise auch für das Reichsgesetz vom 30. Juni 1900 Geltung.

In den Ausführungsbestimmungen zu § 4 hat Abs. 2 nur eine unbedeutende formale Änderung erlitten. Absatz 6 dagegen folgenden Zusatz erhalten:

Ratschläge an Ärzte für die Bekämpfung der übertragbaren Genickstarre, der Körnerkrankheit, der übertragbaren Ruhr, des Typhus und des Milzbrandes, sowie zur Verteilung an die Bevölkerung geeignete gemeinverständlicbe Belehrungen über die Diphtherie, die übertragbare Genickstarre, die Körnerkrankheit, die übertragbare Ruhr, den Scharlach, den Typhus, den Milzbrand und den Rotz, werden in der erforderlichen Anzahl in dem Ministerium der Medizinalangelegenheiten bereit gehalten und können behufs Verteilung zur Zeit einer Epidemie erbeten werden. Ratschläge a Ärzte.

Die zur Verteilung an die Hebammen und Standesbeamten bestimmte gemeinverständliche Belehrung: „Wie schützt sich die Wöchnerin vor dem Kindbettfieber?“ kann durch Vermittlung des Ministeriums der Medizinalangelegenheiten zum Selbstkostenpreis bezogen werden. Belehrung f Schwangere Wöchnerinn

Die Ratschläge für die Ärzte sind in genügender Anzahl den Regierungen und dem Polizeipräsidium in Berlin zur alsbaldigen Verteilung an die Ärzte überwiesen worden. Diese, wie die Belehrungen für die Bevölkerung und die Belehrungen für Wöchnerinnen, finden sich in den Sonderanweisungen für die einzelnen übertragbaren Krankheiten abgedruckt.

Nach § 29 der Sonderanweisung zur Bekämpfung des Kindbett-

fiebers, wird den Gemeinden oder weiteren Kommunalverbänden empfohlen, die Belehrungen für die Wöchnerinnen, die Hebammen und Standesbeamten in angemessener Anzahl zur Verfügung zu stellen. Die Standesbeamten sollen ferner veranlaßt werden, jeder Person, welche eine Geburt anmeldet, ein Exemplar mitzugeben, die Hebammen dagegen angewiesen werden, jeder Schwangeren, welche sich an sie wendet, ein Exemplar davon auszuhändigen.

Es sollen also die Belehrungen den vor oder kurz nach ihrer Entbindung befindlichen Frauen direkt in die Hand gegeben werden.

Nun werden aber in den an und für sich ja recht wertvollen Belehrungen einmal das Wesen und die Ursachen des Kindbettfiebers ausführlich behandelt und die Mittel zu seiner Verhütung angegeben.

Diese erstrecken sich auf Vorsichtsmaßregeln bei der inneren Untersuchung der Schwangeren oder Gebärenden sowie auf die Desinfektion der Hände und der bei der Entbindung gebrauchten Instrumente. Das sind doch aber alles Vorschriften, die nur für den Arzt und die Hebamme Geltung haben, nicht aber für betreffende Frauen.

Außerdem werden zum Teil für die Verhütung des Wochenbettfiebers Vorbedingungen gefordert, welche in der ärmeren Bevölkerung oft nicht erfüllt werden können. Dazu gehört es, wenn verlangt wird, daß das Geburts- und Wochenzimmer hell, groß und luftig sein muß, eine Temperatur von 17—19° Celsius haben soll, daß das Bett mit einer festen Matratze und einer wasserdichten Unterlage versehen sein soll usw.

Es ist nun zu befürchten, daß die betreffenden Frauen bei dem Hinweis auf die Gefahren, welchen sie im Wochenbett ausgesetzt sind, und in der Erkenntnis, daß ihre Verhältnisse es ihnen nicht gestatten, die geforderten Maßnahmen zur Verhütung dieser Gefahren zu treffen, ernstlich beunruhigt werden, während ihnen doch in ihrem Zustande Ruhe des Gemüts besonders vonöten ist.

Dieser Übelstand könnte vermieden werden, wenn nur die Hebammen die Belehrungen in die Hand bekämen mit der Anweisung, danach die sich ihnen anvertrauende Frauen in schonender Weise zu belehren. Es dürfte sich dann aber empfehlen, die Belehrungen weiteren Kreisen, namentlich solchen Frauenvereinen, welche sich der Schwangeren und Wöchnerinnen annehmen, zugänglich zu machen.

Als eine hohe Aufgabe privater Fürsorge dürfte es sich schließlich erweisen, jede ihrer Entbindung entgegensehende Frau unter

solche hygienischen Verhältnisse zu versetzen, wie sie in den Belehrungen zur Verhütung des Kindbettfiebers vorausgesetzt werden.

Im zweiten Abschnitt betreffend die Ermittlung der Krankheit sind die Ausführungsbestimmungen der Übersichtlichkeit wegen in zwölf kleinere Abschnitte geteilt. Außerdem enthält der Abschnitt viele Änderungen und Zusätze.

Jeder Fall von Typhus, Milzbrand u. Rotz bakteriol. zu untersuchen.

Die von dem beamteten Arzt zu veranlassenden bakteriologischen Untersuchungen sind nach den jetzigen Bestimmungen in jedem Fall von Typhus, Milzbrand und Rotz zu veranlassen.

Verfahren bei Milzbrand und Rotz.

Neu ist die Bestimmung, daß der beamtete Arzt in Fällen von Milzbrand und Rotz die Ermittlungen im Benehmen mit dem beamteten Tierarzt vorzunehmen hat und daß darauf zu achten ist, die gesundheitspolizeilichen Maßnahmen im Einklang mit den veterinärpolizeilichen zu treffen.

Ermittlungen in Ortschaften über 10000 Einwohner.

Neu ist ferner folgende Bestimmung: In Ortschaften mit mehr als 10000 Einwohnern, in welchen die Seuche [1]) bereits festgestellt ist, haben die Ermittlungen und Feststellungen auch dann zu geschehen, wenn die Entfernungen, in welchen neue Krankheitsfälle sich ereignen, von den alten Fällen so groß oder die örtlichen Bedingungen ihrer Entstehung so verschieden sind, daß die Sachlage nicht viel anders ist, als wenn die Krankheit in zwei verschiedenen, einander naheliegenden Ortschaften ausbricht. Es empfiehlt sich, daß in solchen Ortschaften die Polizeibehörde im Einvernehmen mit dem beamtetem Arzt im voraus allgemein Bezirke räumlich abgrenzt, in deren jeden der erste Seuchenfall von ihnen jedesmal behandelt werden soll, wie der erste Fall der ganzen Ortschaft.

In den Sonderanweisungen für die einzelnen übertragbaren Krankheiten sind besondere Bestimmungen enthalten, welche Punkte von den Ärzten bzw. beamteten Ärzten bei der Ermittlung der ersten Fälle zu berücksichtigen sind. Wegen Raummangels muß leider auf nähere Angaben verzichtet werden.

Verfahren bei Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach.

In betreff des ersten Falles von Diphtherie, Körnerkrankheit oder Scharlach in einer Ortschaft wird bestimmt, daß, falls der Fall nicht einem Arzte angezeigt worden ist, die Polizeibehörde, sobald sie irgendwie Kenntnis von dem Ausbruche der Krankheit erhalten hat, behufs Kostenersparnis stets dem nächsterreichbaren Arzt unter Übersendung der Anzeige mit der Ermittlung und

---

[1]) Unter „Seuche“ ist hier jede übertragbare Krankheit zu verstehen.

Feststellung des Falls beauftragt; falls aber die Anzeige durch einen Arzt erstattet ist, diesen um die erforderlichen Aufschlüsse ersucht.

Ermittlungen bei jedem Fall von Kindbettfieber.

Die Regierungspräsidenten[1]) können Ermittlungen über jeden einzelnen Krankheits- und Todesfall anordnen. Neu ist, daß ihnen empfohlen wird, von dieser Befugnis bei jedem einzelnen Krankheits- oder Todesfall an Kindbettfieber oder Kindbettfieberverdacht Gebrauch zu machen.

Wöchentliche Nachweisungen.

Die Bestimmungen über die dem Regierungspräsidenten nach Anlage 3 einzureichenden Wochennachweisungen über die gemeldeten Erkrankungen und Todesfälle übertragbarer Krankheiten sind in der Weise geändert, daß die Nachweisungen nunmehr von den Kreisärzten, und zwar am Dienstag zu erstatten sind. Die Regierungspräsidenten haben andererseits ihre Wochennachweisungen nach Anlage 4 auch dem Kaiserlichen Gesundheitsamt und dem Generalkommando, und zwar am Dienstag einzureichen.

Bakteriolog. Feststellung.

Neu sind ferner folgende Bestimmungen: Für die bakteriologische Feststellung übertragbarer Krankheiten sind eine Anzahl staatlicher und städtischer Untersuchungsanstalten namhaft gemacht. Aus der Zahl dieser Anstalten sollen die Regierungspräsidenten im voraus bestimmte Stellen bezeichnen, an welche die Untersuchungsobjekte aus ihrem Bezirk eingesandt werden können, ebenso haben sie dafür Sorge zu tragen, daß zur Aufnahme der Untersuchungsobjekte geeignete Gefäße an bestimmten Stellen, welche den beamteten sowie den praktischen Ärzten bekannt zu geben sind, bereitstehen.

Die bakteriologischen Untersuchungsanstalten sind somit nicht nur zur amtlichen bakteriologischen Feststellung der Krankheit bestimmt, sondern können auch von den Ärzten zur Sicherung der Diagnose, so besonders bei Diphtherie, Genickstarre, Typhus, Ruhr, Milzbrand und Rotz in Anspruch genommen werden, sobald die für den einzelnen Bezirk in Betracht kommenden Anstalten amtlich bekannt gegeben sind. Zur Entnahme und Versendung der Untersuchungsobjekte werden dann an gleichfalls bekannt zu gebenden Stellen (Apotheken usw.) für jede der genannten Krankheiten besondere Gefäße bereit gehalten und unentgeltlich abgegeben, denen auch eine Anweisung zur Entnahme und Versendung der Objekte beigefügt sind.

[1]) Alle Funktionen, welche in den Ausführungsbestimmungen den Regierungspräsidenten als Landespolizeibehörde zugewiesen werden, fallen im Landespolizeibezirk Berlin dem Polizeipräsidenten von Berlin zu.

Feststellung bei Typhus.

Schließlich ist noch die neue Bestimmung zu erwähnen, daß der Minister der Medizinalangelegenheiten zur endgültigen Feststellung des Typhus in einer Ortschaft auch besondere Sachverständige an Ort und Stelle zu entsenden berechtigt ist.

Den Schluß der Ausführungsbestimmungen zu § 6 bilden Bestimmungen über wöchentlichen Austausch der Mitteilungen über Erkrankungen und Todesfälle an übertragbaren Krankheiten zwischen Zivil- und Militärbehörden.

Die Ausführungsbestimmungen zu § 8 des Gesetzes (Schutzmaßregeln) haben verschiedene wichtige Änderungen und Zusätze erhalten.

Grundsätze für die von Ärzten zu machenden Vorschläge.

Zunächst wird den Ärzten, welche von der Polizeibehörde mit der Ermittlung der Krankheit betraut werden, — nicht beamtete Ärzte kommen nur bei Diphtherie und Scharlach in Frage — zur Pflicht gemacht, bei den Vorschlägen, welche sie den Polizeibehörden machen, darauf Rücksicht zu nehmen, daß sich ihre Vorschläge nur auf solche Maßnahmen beschränken, welche nach Lage des Falls ausreichend erscheinen eine Weiterverbreitung der Krankheit zu verhüten.

Soweit bei Milzbrand und Rotz veterinärpolizeiliche Interessen berührt werden, hat sich der beamtete Arzt mit dem beamteten Tierarzt ins Benehmen zu setzen.

Aufhebung der Maßregeln.

Die zur Verhütung der Weiterverbreitung eines Falls einer übertragbaren Krankheit getroffenen Maßnahmen sind wieder aufzuheben:

bezüglich der kranken Personen nach erfolgter Genesung, nach Überführung in das Krankenhaus oder nach dem Ableben des Kranken, in allen Fällen jedoch nur, nachdem die vorschriftsmäßige Schlußdesinfektion stattgefunden hat:

bezüglich der krankheitsverdächtigen Personen bei Kindbettfieber, Rückfallfieber, Typhus und Rotz, wenn sich der Verdacht als begründet nicht herausgestellt hat; bei Typhus ist dieses erst dann anzunehmen, wenn eine mindestens zweimalige bakteriologische Untersuchung negativ ausgefallen ist.

Dauer der Beobachtung.

Absatz I enthält folgende neue Bestimmungen: Die Dauer der zulässigen Beobachtung ansteckungsverdächtiger Personen beträgt bei Tollwut längstens ein Jahr.

Bazillenträger.

Anscheinend gesunde Personen, welche in ihren Ausleerungen die Erreger von Diphtherie, übertragbarer Genickstarre, Ruhr oder Typhus ausscheiden („Bazillenträger") sind auf die Gefahr,

welche sie für ihre Umgebung bilden, aufmerksam zu machen und zur Befolgung der erforderlichen Desinfektionsmaßregeln anzuhalten).[1])

Zureisende Personen.

Die in Absatz II den Regierungspräsidenten erteilte Ermächtigung für zureisende Personen, welche aus Bezirken kommen, in denen Körnerkrankheit, Rückfallfieber oder Typhus ausgebrochen ist, die Meldepflicht anzuordnen, wird auf Fälle dringender Gefahr beschränkt.

Absonderung des Kranken.

In Absatz III haben die Bestimmungen über die Absonderung des Kranken eine gewisse Einschränkung erfahren.

So soll die Absonderung womöglich in der Behausung des Kranken stattfinden; in Fällen, in denen dieses nicht möglich ist, soll der Kranke veranlaßt werden, sich freiwillig in ein Krankenhaus zu begeben.

Nur falls die nach dem Gutachten des beamteten Arztes zum Zweck der Absonderung notwendigen Einrichtungen auf Erfordern der Polizeibehörde nicht getroffen werden, kann die zwangsweise Überführung des Kranken in ein geeignetes Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum angeordnet werden, falls es der beamtete Arzt für unerläßlich und der behandelnde Arzt ohne Schädigung des Kranken für zulässig erklärt.

Aufhebung der Absonderung.

Neu sind ferner folgende Bestimmungen: Die Absonderung eines an Ruhr oder Typhus Erkrankten ist auch nach seiner Genesung erst dann aufzuheben, wenn sich die Stuhlentleerungen des Kranken bei zwei, durch den Zeitraum einer Woche voneinander getrennten bakteriologischen Untersuchungen als frei von Ruhr- bzw. Typhusbazillen erwiesen haben.

Ist dieses nach Ablauf von 10 Wochen, vom Beginn der Erkrankung an gerechnet, noch nicht der Fall, so ist die Absonderung aufzuheben, doch ist die betreffende Person als „Bazillenträger“ zu behandeln.

Transport kranker und krankheitsverdächtiger Personen.

Es folgen dann besondere Bestimmungen über den Transport von Personen, welche nach den Bestimmungen des Gesetzes abgesondert werden können. Es betrifft dieses kranke und krankheitsverdächtige Personen (s. Heft 3. S. 238) bei Rotz, Rückfallfieber und Typhus sowie kranke Personen bei übertragbarer Genickstarre, Ruhr, Tollwut, Diphtherie und Scharlach. Droschken, Straßen- oder Eisenbahnwagen und dgl. sollen in der Regel von

[1]) In den ursprünglichen Ausführungsbestimmungen waren die Bazillenträger nur bei Typhus berücksichtigt worden.



diesen nicht benutzt werden. Ein ausnahmsweiser Transport von Kranken oder Krankheitsverdächtigen im Sinne des Gesetzes auf der Eisenbahn ist von der Polizeibehörde nur zu gestatten, falls ein zuverlässiger Begleiter mitgegeben wird und weitere Vorsichtsmaßregeln getroffen werden. Das betreffende Wagenabteil und der Abort sind vorschriftsmäßig zu desinfizieren.

Einrichtung eines Krankentransportwesens.

Es ist schon in seuchenfreien Zeiten darauf hinzuwirken, daß wenigstens in größeren Städten zur Beförderung der Kranken geeignete, außen und innen desinfizierbare Fuhrwerke von Fuhrherrn, Vereinen oder aus öffentlichen Mitteln bereit gehalten werden.

Nach jedem Krankentransport (es kommen nur die übertragbaren Krankheiten in Betracht) ist dem Wagenführer von der Ortspolizeibehörde ein Schein über die Ausführung des Transports auszustellen. Diesen hat der Wagenführer innerhalb 24 Stunden der Ortspolizeibehörde mit einem Ausweis über die Desinfektion des Fuhrwerks der Ortspolizeibehörde wieder zurückzugeben.

Schulen, Erziehungsanstalten usw.

Im Absatz VIII haben die Bestimmungen über das Fernhalten jugendlicher Personen vom Schul- und Unterrichtsbesuch Ergänzungen erfahren.

Die Bestimmungen finden auch auf Erziehungsanstalten, Kinderbewahranstalten, Spielschulen, Warteschulen, Kindergärten, Krippen u. dgl. Anwendung.

Von jeder Fernhaltung einer Person von dem Schul- und Unterrichtsbesuche hat die Polizeibehörde dem Vorsteher der Schule (Direktor, Rektor, Hauptlehrer, ersten Lehrer, Vorsteherin usw.) unverzüglich Mitteilung zu machen.

Wenn eine im Schulhause wohnhafte Person an einer der vorbezeichneten Krankheiten erkrankt, so wird die Schulbehörde die Schule unverzüglich zu schließen haben, falls der Kranke nicht wirksam abgesondert werden kann.[1])

Besonders sorgfältig sind bei dem Ausbruch einer übertragbaren Krankheit die Kranken in Pensionaten, Alumnaten, Internaten, Waisenhäusern u. dgl. abzusondern und erforderlichenfalls unverzüglich in ein geeignetes Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum zu überführen.

Bei Diphtherie, übertragbarer Genickstarre und Scharlach ist darauf hinzuwirken, daß diejenigen Zöglinge, welche mit Erkrankten

[1]) Die Entscheidung zu treffen, ob die Absonderung genügt, ist Sache des beamteten Arztes.



in Berührung gewesen sind, täglich mehrmals Rachen und Nase mit desinfizierendem Mundwasser ausspülen. Auch ist denjenigen Zöglingen, welche mit Diphtheriekranken in Berührung gekommen sind, dringend anzuraten, sich durch Einspritzung von Diphtherieheilserum gegen die Krankheit immunisieren zu lassen.

Während der Dauer und unmittelbar nach dem Erlöschen der Krankheit empfiehlt es sich, daß der Anstaltsvorstand nur solche Zöglinge aus der Anstalt entläßt, welche nach ärztlichem Gutachten gesund, und in deren Absonderungen die Erreger der Krankheit nicht nachgewiesen sind.

Desinfektion.

In Absatz XI ist zunächst zu erwähnen, daß die Desinfektionsanweisung (Anlage 5) gegen die frühere wesentlich vereinfacht ist. 5proz. Karbolsäurelösung, 5 proz. Kresolwasser. Kresolschwefelsäure. Schmierseife und Steinkohlen- oder Holzteer sind als Desinfektionsmittel überhaupt fortgefallen.

Außer der Desinfektion mittels strömenden Wasserdampfes, durch Verbrennen und Auskochen infizierter Gegenstände kommen jetzt nur folgende Desinfektionsmittel in Betracht: verdünntes, 2,5 proz. Kresolwasser, 3 proz. Karbolsäurelösung, $^{1}/_{10}$ proz. Sublimatlösung, Kalkmilch, Chlorkalkmilch und Formaldehyd in Dampfform, oder in 1 prozentiger wässeriger Lösung. Für die Bereitung dieser Desinfektionsmittel sind besondere Vorschriften gegeben.

Hausdesinfektion.

Für die Ausführung der Desinfektion ist es als besonders wichtig hervorgehoben, daß während der ganzen Dauer der Krankheit die Desinfektion am Krankenbett stattzufinden hat. Es soll in jedem Fall angeordnet und sorgfältig darüber gewacht werden, daß womöglich vom Beginne der Erkrankung an bis zu ihrer Beendigung alle Ausscheidungen des Kranken, und die von ihm benutzten Gegenstände, soweit sie als mit dem Krankheitserreger behaftet anzusehen sind, fortlaufend desinfiziert werden. Es wird besonders als Aufgabe der Polizeibehörde und der beamteten Ärzte (nach der zuerst erlassenen Anweisung auch der praktischen Ärzte) bezeichnet, die Bevölkerung bei jeder sich darbietenden Gelegenheit auf die Desinfektion am Krankenbett hinzuweisen.

Diese Desinfektion hat sich zunächst auf alle Ausscheidungen des Kranken zu erstrecken; je nach der Natur der Krankheit kommen besonders Lungen- und Kehlkopfauswurf, Rachen- und Nasenschleim, dann Gurgelwässer, blutige, eitrige und wässerige Mund- und Geschwürsausscheidungen, bei Sterbenden auch aus Mund und Nase hervorquellende Flüssigkeit, weiter Erbrochenes

Stuhlgang und Harn, endlich Hautabgänge (Schorfe, Schuppen u. dgl.) in Betracht.

Außerdem sind zu desinfizieren Verbandgegenstände, Vorlagen von Wöchnerinnen, Schmutz- und Badewässer, Waschbecken, Spuckgefäße, Nachtgeschirre, Steckbecken, Badewannen (nachdem vorher der Inhalt desinfiziert ist), Eß- und Trinkgeschirre, Tee- und Eßlöffel, Messer, Gabeln usw., Spielsachen, Bücher, Bett- und Leibwäsche, zur Reinigung der Kranken benutzte Tücher, waschbare Kleidungsstücke, Haar-, Nagel- und Kleiderbürsten; ferner kommen für die Desinfektion noch in Betracht der Fußboden des Krankenzimmers, der Nachttisch oder die Wand in der Nähe des Bettes, je nachdem diese mit Ausscheidungen des Kranken beschmutzt worden sind. Kehricht und Gegenstände von geringerem Wert (Strohsäcke mit Inhalt, gebrauchte Lappen, einschließlich der bei der Desinfektion gebrauchten, abgetragene Kleidungsstücke, Lumpen u. dgl.) sind am besten, wo dieses angängig ist, zu verbrennen.

Auch die mit der Wartung und Pflege des Kranken betrauten Personen sollen ihren Körper, ihre Wäsche und Kleidung nach näherer Anweisung regelmäßig desinfizieren, besonders müssen die Hände des Kranken und der ihn umgebenden Personen jedesmal, wenn sie mit infizierten Gegenständen (Ausscheidungen des Kranken, beschmutzter Wäsche usw.) in Berührung gekommen sind, gründlich desinfiziert werden.

Fast für alle diese Desinfektionszwecke genügt das verdünnte 2,5 proz. Kresolwasser. Es empfiehlt sich daher, im Krankenzimmer ein Gefäß mit dieser Flüssigkeit vorrätig zu halten.

Genesene sollen vor Wiedereintritt in den Verkehr ihren Körper gründlich reinigen, und womöglich ein Vollbad nehmen. Auch die sogenannte Schlußdesinfektion, d. h. die Desinfektion, welche erfolgt, nachdem der Kranke genesen, in ein Krankenhaus oder in einen anderen Unterkunftsraum übergeführt, oder aber verstorben ist, läßt sich nach den nunmehr gültigen Desinfektionsvorschriften wesentlich vereinfachen. Schluß-desinfektion.

Es lassen sich die übertragbaren Krankheiten[1]) in 2 große Gruppen teilen, nämlich in solche, bei denen zur Desinfektion der zu desinfizierenden Räume das Formaldehydgas anzuwenden ist, und in solche, bei denen es nicht anwendbar ist.

[1]) In betreff der Desinfektion bei gemeingefährlichen Krankheiten dürfte bald eine besondere Anweisung ergehen. Eine solche steht dem Vernehmen nach zurzeit beim Bundesrat zur Beratung.



Zur ersten Gruppe gehören: Diphtherie, übertragbare Genickstarre, Rotz, Rückfallfieber, Scharlach, Tuberkulose.

Zur zweiten: Granulose, Kindbettfieber, Milzbrand, Ruhr, Unterleibstyphus (einschließlich des Paratyphus).

Von den sonstigen oben angeführten Desinfektionsmitteln genügen für die Wohnungsdesinfektion vollständig verdünntes Krosolwasser, Kalkmilch und 1 % Formaldehydlösung: außerdem kommt für einzelne Gegenstände Verbrennen, für andere Auskochen in Betracht, während weitere (nicht waschbare Kleidungsstücke, Federbetten, wollene Decken, Matratzen ohne Holzrahmen, Teppiche usw.) am besten in einer Desinfektionsanstalt mittels strömenden Wasserdampfes desinfiziert werden.

Außer für die Wohnungsdesinfektion sind in Anlage 5 noch besondere Vorschriften für die Desinfektion von Krankenwagen, Krankentragen usw. sowie Personenfahrzeugen aller Art, dann aber auch von Schiffen und Flößen gegeben. Für Schiffe ist bei übertragbarer Ruhr und Unterleibstyphus auch eine Desinfektion des Kiel-(Bilge-)Raumes vorgesehen.

Erlaß von Desinfektionsordnungen.

Von weiterem Interesse dürften folgende neu aufgenommenen Bestimmungen sein: Es empfiehlt sich, in Gemeinden und weiteren Kommunalverbänden, welche das Desinfektionswesen regeln, in Benehmen mit dem beamteten Arzt Desinfektionsordnungen zu erlassen; diese bedürfen der Genehmigung des Regierungspräsidenten.

Überwachung der Desinfektion.

Die angeordneten Desinfektionsmaßregeln sind, soweit tunlich, durch staatlich geprüfte und amtlich bestellte Desinfektoren auszuführen, jedenfalls aber durch derartige sachverständige Personen zu überwachen.[1]) Schließlich wird in Abschnitt XII bei Beerdigungen von Leichen der an einer übertragbaren Krankheit Verstorbenen noch besonders das Betreten des Sterbehauses durch Schulkinder verboten, während weitere Verbote für diese schon in den früheren Ausführungsbestimmungen enthalten waren.

Die Sonderanweisungen enthalten für einen Teil der übertragbaren Krankheiten noch besondere Bestimmungen, betreffend Maßregeln bei gehäuftem Auftreten der Krankheit sowie Vorbeugungs- und Vorbereitungsmaßregeln, die jedoch nur für die Staats- und Kommunalbehörden von wesentlichem Interesse sind.

[1]) Diese Bestimmung kann sich nur auf die Schlußdesinfektion beziehen. Die Überwachung der Hausdesinfektion wird, wie schon S. 298 hervorgehoben, am besten dem behandelnden Arzte überlassen bleiben, auch Krankenschwestern usw. anvertraut werden können.

In den Ausführungsbestimmungen zu den anderen Abschnitten sind noch folgende Änderungen erfolgt:

Verfahren der Militär- und Marinebehörden.

Die Ausführungsbestimmungen zu § 12 des Gesetzes weisen die Ermittelung der Krankheit und die Ausführung der nach Maßgabe der Allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu dem Gesetz vom 28. August 1905 zu ergreifenden Schutzmaßregeln den Militär- und Marinebehörden zu, soweit es sich um zu diesen gehörige Militärpersonen, Grundstücke und Einrichtungen handelt; den Eisenbahnbehörden die Ausführung der zu ergreifenden Schutzmaßregeln, soweit es sich um Maßnahmen für den Eisenbahnverkehr und im Anschluß an diesen geführte Schiffahrtsbetriebe handelt.

Kostenprüfung.

Zu § 25 haben die Ausführungsbestimmungen folgenden Zusatz erhalten. Ist der Vorschrift zu § 6 zuwider[1]) von der Ortspolizeibehörde nicht der nächsterreichbare Arzt zugezogen worden und sind hierdurch Mehrkosten entstanden, so hat der Regierungspräsident zu prüfen, ob diese Abweichung gerechtfertigt erscheint. Ist dieses nicht der Fall, so ist der Ortspolizeibehörde nur derjenige Betrag zu erstatten, welcher im Falle der Zuziehung des nächsterreichbaren Arztes entstanden sein würde. Zu § 30 hat Absatz 1 folgende Erweiterungen und Zusätze erhalten:

Beschaffung von Unterkunftsräumen usw.

Die Kommunalaufsichtsbehörden haben beizeiten dafür Sorge zu tragen, daß der Bedarf an Unterkunftsräumen, Ärzten, Pflegepersonal, Arzenei, Desinfektions- und Beförderungsmitteln für Kranke und Verstorbene durch freiwillige Beschaffung seitens der Kommunalverbände, namentlich der Kreise, sicher gestellt wird.

In größeren Ortschaften ist auf die Errichtung von öffentlichen Desinfektionsanstalten, in welchen die Anwendung von Wasserdampf als Desinfektionsmittel erfolgen kann, hinzuwirken, sofern solche Anstalten nicht bereits in genügender Anzahl vorhanden sind. Die Ausbildung eines geschulten Desinfektionspersonals ist ebenfalls rechtzeitig vorzubereiten.

Weitere Änderungen enthalten die nunmehr in Kraft getretenen allgemeinen Ausführungsbestimmungen gegenüber den zuerst erlassenen nicht.

---

[1]) Es handelt sich um die Entwicklung der ersten Fälle bei Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach.

Der Ausbau der Arbeiterversicherung in Österreich.

Von Siegmund Kaff, Wien.

(Fortsetzung.)

Das erste Kriterium für die Beurteilung des sozialpolitischen Wertes eines Arbeitergesetzes, welches die obligatorische Versicherung bezweckt, ist die Frage nach dem Umfange der Versicherungspflicht. Nachdem einmal der Versicherungszwang in Theorie und Praxis zum Axiom der Gesetzgebung geworden ist, folgt daraus mit Notwendigkeit, daß das Obligatorium für eine bestimmte Klasse zur möglichst ausnahmslosen Regel werden muß und daß eine Durchbrechung derselben nur dann als zulässig angesehen werden kann, wenn die Schwierigkeiten, welche einer obligatorischen Einbeziehung aller Versicherungsbedürftigen entgegenstehen, so ganz außerordentlich große sind, daß sie die Durchführung des Versicherungszwanges unter gewöhnlichen Umständen verhindern.

Wie verhält sich nun der Entwurf in diesem wichtigen Punkte?

Hier muß zunächst ein Moment besprochen werden, welches in der Arbeiterversicherung Österreichs aktueller ist als in der Gesetzgebung des Deutschen Reiches. Das Regierungsprogramm führt nämlich die Invaliditäts- und Altersversicherung der Arbeiter ein, verbunden mit einer Unterstützung der hinterbliebenen Witwen und Waisen der Versicherten. Während nun im Deutschen Reiche die Zahl der gegen Unfall Versicherten weitaus größer ist als die Zahl der gegen Krankheit und Invalidität Versicherten, soll nach dem Programm der österreichischen Regierung die Zahl der Unfallversicherten weitaus geringer sein als jene der gegen Krankheit und Invalidität versicherten Personen.

Eine Kongruenz der drei Versicherungskreise ist weder in

Deutschland vorhanden noch würde sie nach dem Regierungsprogramm bei uns eintreten. Während aber im Deutschen Reiche die Inkongruenz der drei Versicherungskreise untereinander eine ganz erhebliche ist, würde sich nach dem vorliegenden Entwurfe bloß hinsichtlich der Unfallversicherung eine Inkongruenz ergeben, indes der Kreis der Kranken- und Invaliditätsversicherung sich nahezu völlig deckt. In Anbetracht der auch vom Regierungsentwurfe unternommenen Versuche einer organisatorischen Verschmelzung der Versicherungskreise ist dieses Moment nicht ganz ohne Belang. Das Regierungsprogramm läßt denn auch deutlich die Absicht erkennen, vor allem zwischen der Kranken- und Invaliditätsversicherung einen Zusammenhang herzustellen. Der deutlichste Beweis für diese gewiß nicht unzweckmäßige Tendenz liegt in der Bestimmung der Versicherungspflicht hinsichtlich der Kranken- und Invaliditätsversicherung, der alle Personen unterworfen sein sollen, „welche auf Grund eingegangener Arbeits-, Dienst- oder Lehrverhältnisse nicht in eigener Betriebsstätte arbeiten, oder Dienste gegen Entgelt verrichten“. Damit ist der Kreis der Versicherungspflicht allerdings weit gezogen, er wird aber durch so zahlreiche Ausnahmen eingeengt, daß er nicht einmal als Norm gelten kann. Immerhin sollen die Vorteile der Definition anerkannt werden. Der Entwurf kennt mit Recht keine Grenze nach unten, dafür aber eine solche nach oben, indem er festsetzt, daß vom Versicherungszwange die im Monats- oder Jahresgehalt stehenden Personen, deren Bezüge monatlich 200 Kr., oder jährlich 2400 Kr. übersteigen, ausgenommen sein sollen. So sehr man nun die Bestimmung einer Maximalgrenze als berechtigt anerkennen mag, ebenso sehr wird man wohl — wenn man es nicht doch lieber vorzieht, von der Festsetzung einer Maximalgrenze gänzlich abzusehen — sich für eine höher gesteckte Grenze aussprechen müssen. Diese Forderung erscheint schon deshalb als begründet, weil auch die Kategorie der Beamten in die Versicherung einbezogen ist und für den Fall, daß für dieselben eine eigene Versicherungsorganisation, wie sie der Entwurf betreffend die Pensionsversicherung der Privatangestellten vorsieht, geschaffen werden sollte, eine Maximalgrenze nicht normiert wurde. Ebensowenig ist dies in der geltenden Gesetzgebung geschehen. Das Abweichen von dem bisherigen Prinzipe bezweckt — was die Regierung in den erläuternden Bemerkungen zum Entwurfe freilich nicht hervorhebt — eine Konzession an die Ärzte, welche Personen mit Jahresbezügen über 2400 Kr. nicht als versicherungsbedürftig

anerkennen und für ihre freie Praxis reklamieren. Wie sehr die wirtschaftlichen Verhältnisse auch der sogenannten höheren Dienstkategorien unter den Privatbeamten und Angestellten die Zulässigkeit einer solchen Konzession widerlegen, soll hier nicht weiter erörtert werden. Wir wollen uns bloß auf die Bemerkung beschränken, daß durch die Fassung des Regierungsentwurfes leicht die Möglichkeit eintreten kann, daß weitaus besser situierte Personen, als es die hier von der Versicherungspflicht ausgenommenen Kategorien sind, der obligatorischen Versicherung unterworfen sein könnten, wenn sich nur ihre Bezüge nicht als monatlich oder jährlich ausgezahlte „Gehalte“ darstellen, und daß entgegen der Absicht der Regierung leicht ein Einschleichen in die Versicherungspflicht stattfinden könnte, wenn — wie dies bei nicht wenigen Kategorien von Privatangestellten der Fall ist — die Auszahlung der Bezüge wöchentlich oder halbmonatlich erfolgt. Diese Tatsache zeigt zur Genüge, daß die Einschränkung der Versicherungspflicht, wie sie wenigstens hinsichtlich der Krankenversicherung nach dem Entwurfe gegenüber dem geltenden Gesetze erfolgt, leicht den Effekt haben kann, die sinngemäße Anwendung des Gesetzes illusorisch zu machen oder zu erschweren, und daß es daher schon aus rein gesetzestechnischen und praktischen Gründen bedenklich erscheint, die in Monatsgehalt stehenden Personen auszuschließen und die Gehaltsgrenze mit 200 Kr. monatlich abzustecken.

Noch weniger begründet ist die Ausschließung jener Personen, deren Beschäftigung bei einem und demselben Dienstgeber nicht länger als drei aufeinanderfolgende Tage dauert. Auch diese Kategorie von Versicherungsbedürftigen unterliegt nach dem geltenden Krankenversicherungsgesetze dem Versicherungszwange. Ihr Ausschluß läßt sich sozialpolitisch ebensowenig rechtfertigen, wie jener der sogenannten besser situierten Privatangestellten. Er bedeutet eine Konzession an die Dienstgeber, aber auch an die Kassenbureaukratie, welche man von der administrativen Mehrarbeit, die die unständigen Personen verursachen, befreien will. Aber heben denn „Saison“ und wechselnde Konjunktur die Versicherungsbedürftigkeit auf? Oder muß etwa diese ihre Schranke finden an der mehr oder minder größeren Leichtigkeit bei der Durchführung des Gesetzes? Es soll nicht weiter bestritten werden, daß sich heute schon durch die fortwährende An- und Abmeldung, sowie durch die wechselnde Beitragsabfuhr unstabiler Lohnarbeiter mancherlei Schwierigkeiten ergeben haben. Allein es ist gerade nach den bisherigen Erfahrungen zum mindesten zweifelhaft, ob

es einen praktisch wertvollen Ausweg bedeutet, von den unstabilen Lohnarbeitern gerade diejenigen auszuschließen, deren Beschäftigung bei demselben Dienstgeber nicht länger als drei aufeinanderfolgende Tage dauert. Es soll hierbei die sozialpolitische Seite gar nicht erörtert, sondern nur in Parenthese bemerkt werden, daß die Ausnahmsstellung der unstabilen Arbeiter hinsichtlich der Krankenversicherung vielfach dazu führen wird, daß die Dienstgeber von einer dreitägigen Beschäftigung Umgang nehmen werden, um der Versicherung zu entgehen. Allein selbst wenn man sich auf den rein administrativen Standpunkt stellt und die Frage nach der Durchführbarkeit des Gesetzes beurteilt, wird der Praktiker zugeben müssen, daß mit dem teilweisen Ausschluß der unstabilen Lohnarbeiter auch administrativ-technisch nicht allzu viel gewonnen werden könnte, weil es in der Praxis schwer halten dürfte, die Versicherungspflichtigen von den übrigen herauszugreifen. Gerade die Teilung dieser Kategorie von bisher versicherungspflichtigen Personen ist sehr geeignet, die Handhabung des Gesetzes zu komplizieren, und es stellt sich deshalb diese Bestimmung als eine ganz überflüssige Verschlechterung des gegenwärtigen Zustandes dar, bei dem die angeblich administrativen Vorteile in keinem Verhältnis zum Endeffekt stehen. Allein selbst wenn man die Unzukömmlichkeit, die die ausnahmslose Versicherung verursacht, noch so hoch veranschlagen würde, darf daraus keineswegs die Zulässigkeit eines Ausschlusses gefolgert werden; vielmehr müßte dieser Umstand nur dazu benützt werden, um die Unmöglichkeit oder Unzweckmäßigkeit zu illustrieren, die in der Verquickung des Arbeitsvertrages und der Versicherungspflicht liegt. Ist es nicht angängig, den ersteren von der letzteren vollständig zu emanzipieren, so müßte es im Hinblick auf die unständigen Arbeiter als notwendig befunden und angesehen werden, den Versicherungszwang in gewissen Fällen unabhängig vom Dienstvertrag zu machen. Die Regierung selbst empfindet die Härte des Ausschlusses und räumt deshalb den hiervon Betroffenen das Recht des freiwilligen Versicherungsverhältnisses ein; damit gibt sie selbst die Überschätzung der administrativen Schwierigkeit zu und schwächt die Gründe ab, die sie zum Ausschlusse veranlaßten.

Eine dritte schwerwiegende Ausnahme betrifft die land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter, soweit dieselben nicht unter die Dienstboten- und Gesindeordnungen fallen. Diese Kategorie von Versicherungsbedürftigen war zwar bisher nicht krankenversicherungspflichtig; ihre nunmehrige Einbeziehung ist

offenbar unter dem Gesichtspunkte erfolgt, daß es sich hier um eine Masse handelt, für welche der Versicherungszwang durchaus notwendig ist. Dadurch aber, daß die Versicherungspflicht auf die den Dienstboten(Gesinde)-ordnungen unterstehenden Knechte und Mägde der Land- und Forstwirtschaft beschränkt wird, welche heute im Erkrankungsfalle auf eine vierwöchentliche Naturalverpflegung seitens des Dienstgebers Anspruch haben, bleibt die überwiegende Mehrzahl der land- und fortwirtschaftlichen Arbeiter außerhalb der Versicherung; denn nicht nur der Großgrundbesitz, auch die mittleren Landwirte sowie die Kleinbauern beschäftigen heute vielfach nichtständige Arbeiter. Insbesondere zur Erntezeit schwillt die Zahl dieser vorübergehend beschäftigten Tagelöhner derart an, daß sie die Menge des ständigen Gesindes weitaus überragt. Es hat aber auch in anderer Beziehung sein Mißliches, die vollständig veralteten Dienstboten- und Gesindeordnungen zum Ausschluß einer nicht bloß zahlenmäßig, sondern auch sonst schwer feststellbaren Masse von versicherungsbedürftigen Personen zu benützen. In der Praxis würde sich eine solche Scheidung als vollständig verfehlt herausstellen, weil weder die Grundbesitzer noch die versicherungsbedürftigen Landproletarier an der Einhaltung dieser Bestimmungen interessiert erscheinen und eine strikte Durchführung des Gesetzes auch hier an den Wirklichkeiten des wirtschaftlichen Lebens ohnmächtig zerschellen würde. Die Agrarverfassung muß sozialpolitisch genommen werden, wie sie ist und darf kein Hindernis bilden für die Anerkennung des Prinzips der Versicherungspflicht, wenn man sich überhaupt teilweise dafür schon zu engagieren bereit ist. Aber nicht bloß sozialpolitisch, auch agrarpolitisch erscheint der Ausschluß der landwirtschaftlichen Tagelöhner unangebracht.

Ja, man muß sagen, daß die Bedenken, die hinsichtlich des Ausschlusses der unständigen Arbeiter geäußert wurden, in verstärktem Maße gegen die unvollständige Einbeziehung der landwirtschaftlichen Arbeiter in die Versicherungspflicht sich geltend machen lassen. Die Landflucht wird durch die Beschränkung der Versicherung auf die Arbeits- und Hausgenossen des Landwirts nicht im geringsten oder nur unwesentlich eingeschränkt werden. Sie wird vielmehr dazu führen, daß die der Hausgenossenschaft des Landwirts nicht angehörigen Arbeiter in erhöhtem Grade das Bedürfnis empfinden werden, in der Industrie Beschäftigung zu finden, und die Landflucht wird um so größere Dimensionen annehmen, je auffälliger der Unterschied zwischen der Lebenshaltung

des ständigen Dienstpersonals und dem vorübergehend beschäftigten Tagelöhner in der Landwirtschaft sich gestaltet. Dazu kommt, daß die Zahl der bäuerlichen und landwirtschaftlichen Betriebe, von welchen ständiges Arbeitspersonal gehalten wird, überhaupt im Abnehmen begriffen ist, und daß das agrarische Arbeitsverhältnis mehr und mehr den ursprünglichen patriarchalischen Charakter verliert. Die Naturallöhnung spielt nicht mehr jene Rolle wie einstmals, und die Verhältnisse nähern sich hinsichtlich der Unständigkeit jenen gewisser Industriezweige, nur daß diese Änderung für beide Gruppen der Landbevölkerung von weit ungünstigeren Konsequenzen begleitet ist, als dies beim Übergang vom Handwerksbetriebe zur Großindustrie der Fall war.

Auch bei den übrigen Kategorien Versicherungsbedürftiger kommen wesentlich administrativ-technische Momente in Betracht. Die Eigenartigkeit der Arbeitsverhältnisse macht die glatte Einbeziehung schwierig und läßt die Frage einer besonderen Organisation als zunächst nicht unberechtigt erscheinen. Allein bei näherem Zusehen ergibt sich doch, daß die Schwierigkeiten auch hier stark überschätzt und dadurch nicht geringer werden, daß man die betreffenden Kategorien aus dem Rahmen der allgemeinen Versicherung ausschaltet. Über die sozialpolitische Notwendigkeit der Fürsorge selbst besteht kein Zweifel. Im Gegenteil, sie ist gerade bei diesen Kategorien vielfach größer als bei der Mehrheit der industriellen Arbeiter. Nur daß eben die erhöhte Versicherungsbedürftigkeit die Durchführung erschwert. Darf das aber ein Hindernis sein?

Die Versicherung der Seeleute und zwar sowohl gegen Krankheit und Invalidität wie gegen Unfall wird von der Regierung selbst als dringlich anerkannt, und es kann sich daher bloß um die Prüfung der Frage handeln, ob die Versicherung derselben durch ein eigenes Gesetz von den speziellen Verhältnissen dieser Kategorie unbedingt gefordert wird. Im Deutschen Reiche ist der Unfall-Berufsgenossenschaft der Seeleute auch die Invalidenversicherung übertragen und wenn man auch die Art der Organisation als strittig hinstellen kann — die Entscheidung der Versicherungspflicht durch das allgemeine Gesetz ist sicherlich als zweckmäßig zu bezeichnen.

Vollständig außerhalb der Kranken- und Invalidenversicherung bleibt ferner die Heimarbeit, wiewohl die Aufdeckung der Verhältnisse in dieser Sphäre der Produktion die soziale Notwendigkeit des Versicherungszwanges längst dargetan hat. Hier

gilt das vorhin Gesagte in verstärktem Maße. Wenn auch die besonderen Verhältnisse der Heimarbeiter die Versicherung im Rahmen eines allgemeinen Gesetzes nicht vollständig und in jedem Detail leicht regeln lassen, so darf doch nicht übersehen werden, daß sich auch bei der Ausarbeitung eines speziellen Gesetzes Schwierigkeiten ergeben müssen, die nicht geringer sein können, als sie an sich schon sind. Worum es sich gegenwärtig handelt, ist, wenigstens den Versicherungszwang und die Versicherungsleistungen grundsätzlich durch das allgemeine Gesetz festlegen zu lassen. Alles übrige kann der weiteren Durchführung auf dem Verordnungswege überlassen werden. Die Sache selbst ist längst spruchreif und wenn die Regierung trotzdem mit der endlichen Regelung zögert, so ist der Verdacht nicht abzuwehren, daß politische Momente mitspielen, und daß diese bislang gewichtig genug sind, um die sozialen und wirtschaftlichen Rücksichten verstummen zu machen. Wie wenig aber im Grunde genommen die technischen Bedenken ins Gewicht zu fallen brauchen, ist durch Spezialforscher auf dem Gebiete der Heimarbeit, wie Professor Schwiedland, überzeugend dargetan worden. Die Regierung fühlt denn auch die Schwäche ihrer Vorschläge und sie läßt deshalb für die Heimarbeiter wie auch für die hausindustriell tätigen Personen, welche sich von den ersteren nur dadurch unterscheiden, daß sie ein Kollektivum (die Familienmitglieder) darstellen und Frauen- und Kinderarbeit mit umfassen, die Selbstversicherung zu und behält sich überdies die Einbeziehung — generell oder teilweise nach bestimmten Berufsarten (Gewerbszweigen) — in einzelne oder alle Versicherungen vor. Das gleiche gilt hinsichtlich der Kleingewerbetreibenden, welche industrielle Erzeugnisse ausschließlich oder hauptsächlich nur für Rechnung anderer Unternehmer herstellen oder bearbeiten. Die freiwillige Invalidenversicherung ist ferner zulässig bei den nicht der Gesindeordnung unterliegenden Landarbeitern, den unständigen Arbeitern und bei Personen, welche keinen Barlohn beziehen.

Den bisher aufgezählten Ausnahmen von der Kranken- und Invaliditätsversicherung gesellen sich noch weitere hinzu, die sich speziell auf die Invaliditätsversicherung beziehen. Von derselben sollen — allerdings bloß bedingungsweise — die Privatbeamten ausgenommen werden, wenn nämlich für sie eine besondere Pensionsversicherung geschaffen werden sollte.[1]) Ein dies-

[1] Was inzwischen geschehen ist.

bezüglicher Entwurf liegt denn auch, vom sozialpolitischen Ausschusse des Abgeordnetenhauses wesentlich geändert, vor, ohne daß aber die Berechtigung einer Sonderorganisation eine Vertiefung erfahren hätte. Im Gegenteil, der versicherungstechnische Isolierungsversuch, der da bei den Privatangestellten unternommen wurde, ist ein Schulbeispiel dafür, daß die mangelhafte Fürsorge, wenn sie sich nur auf die breiten Massen der Allgemeinheit stützt, noch immer vorzuziehen ist einer bloßen Standesorganisation. Zwar haben sich große Kreise um die Schaffung einer solchen lebhaft bemüht. Allein nicht minder groß ist die Zahl derjenigen Privatangestellten, die von einer Ausschaltung aus dem Rahmen der allgemeinen Invaliditäts- und Altersversicherung nichts wissen wollen, und ebenso haben sich zahlreiche Körperschaften der Industriellen (Handelskammern, Industrierat sowie Privatverbände) gegen die Abtrennung der Privatbeamten ausgesprochen.

Mit großem Nachdruck tat dies auch die Arbeiterschaft. In der Tat kann nicht geleugnet werden, daß es sich hier um eine prinzipiell wichtige Frage handelt, die nicht bloß die Privatbeamten allein angeht. Es ist für die Gesamtheit keineswegs gleichgültig, ob eine große Menge von versicherungsbedürftigen Personen versicherungstechnisch und organisatorisch isoliert wird oder nicht. Dafür mögen Gründe der Politik sprechen, in der Eigenart des Kreises der Versicherungspflichtigen sind sie nicht zu suchen. Die Sonderversicherung steht im Widerspruch mit dem von der Regierung wiederholt ausdrücklich anerkannten Grundsatz eines möglichst umfangreichen Risiken-Ausgleichs. Nicht minder spricht gegen eine solche Maßregel die Notwendigkeit einer übrigens durch das Regierungsprogramm selbst versuchten organischen Vereinigung aller Versicherungszweige und innerhalb derselben aller -körper. Es ist klar, daß die Momente, welche für einen solchen Zusammenschluß sprechen, in erhöhtem Maße geltend gemacht werden können, wenn es sich um einen einzigen Versicherungszweig handelt. Ist es unzweckmäßig — weil unökonomisch — die Rentenversicherung in einem bloß losen Zusammenhange mit der Versicherung gegen vorübergehende Arbeitsunfähigkeit zu belassen, so muß es noch widersinniger genannt werden, wenn für einen und denselben Versicherungszweig mehrere Körper geschaffen werden. Es liegt weder wirtschaftlich noch sozial ein zureichender Grund vor, die Privatangestellten anders zu behandeln als die übrige Masse der versicherungsbedürftigen Personen. Steht man aber auf dem gegenteiligen Standpunkt, dann erfordert es die

Konsequenz, auch hinsichtlich der Unfall- und Krankenversicherung die Privatbeamten aus der allgemeinen Organisation auszuscheiden. Gegen eine solche Separation lassen sich aber zahlreiche versicherungstechnische, finanzielle sowie administrative und nicht zuletzt auch politische Gründe anführen. Wir wollen hier nur auf einen einzigen Punkt aufmerksam machen. Die von der Kranken- und Invalidenversicherung ausgeschlossenen Beamten der höheren Kategorien (mit Jahresbezügen von mehr als 2400 Kr.) können nach dem Programm eine freiwillige Krankenversicherung eingehen, doch wird ihre Aufnahme von den statutarischen Satzungen abhängig gemacht. Wir haben schon auf die praktischen Schwierigkeiten hingewiesen, die sich der Durchführung dieses Grundsatzes entgegenstellen würden. Die Sache würde um kein Haar erleichtert werden, wenn man ein anderes Kriterium als die Bezüge — beispielsweise die längere Kündigungsfrist — heranziehen würde. Durch die eventuelle Ausschaltung sämtlicher Privatbeamten aus der Invalidenversicherung würde nun eine ganz ungeheuerliche Komplikation entstehen. Ein Teil der Privatangestellten wäre nämlich krankenversicherungspflichtig, ein anderer Teil freiwillig für den Krankheitsfall versichert, ein dritter Teil überhaupt ohne jede Krankenfürsorge. Der krankenversicherte Teil würde überdies verschiedenen Kassenkategorien angehören. Und ebenso würden die der Invalidenversicherungspflicht unterliegenden Kategorien der Privatbeamten den verschiedenartigsten Pensionsinstituten zugeteilt sein. Daß eine solche Zersplitterung allen administrativen Grundsätzen widerspricht, bedarf keiner weiteren Erörterung. Man frägt vergebens, wozu diese ganz überflüssige Unterscheidung gemacht wird. Gibt es Gründe für eine andere Behandlung der Privatbeamten (denen übrigens auch die Handlungsgehilfen beigesellt werden) auf dem Gebiete der Invalidenfürsorge, warum nicht auch auf dem der Krankenversicherung?

Eine weitere Ausnahme von der Invalidenversicherungspflicht betrifft das Alter. Jene Personen, welche das 60. Lebensjahr noch nicht erreicht haben, sowie diejenigen, die erst nach dem 60. Lebensjahre versicherungspflichtig werden oder beim Inkrafttreten des Gesetzes das bezeichnete Alter bereits überschritten haben, sollen ausgeschlossen sein. Bei dieser Ausnahme handelt es sich um eine versicherungstechnische oder genau ausgedrückt, um eine finanz-politische Maßregel, die mit der Tendenz des Gesetzes durchaus nicht in Einklang gebracht werden kann. Erwägt man, daß es sich um eine verhältnismäßig geringfügige Zahl von Per-

sonen handelt, und daß man demgemäß die finanzielle Wirkung, welche durch die Berücksichtigung der im vorgerückten Alter befindlichen Personen hervorgerufen wird, bedeutend überschätzt, so wird man dieser Ausnahme das Motiv der Notwendigkeit kaum zuerkennen können. Für diese Kategorie versicherungstechnische Übergangsmöglichkeiten zu schaffen, würde nicht auf unüberwindliche Schwierigkeiten stoßen. Ebenso muß es als unbillig bezeichnet werden, daß Personen, die einen Gehalt oder Lohn in Barem nicht beziehen, von der Invalidenversicherung ausgeschlossen werden sollen. Diese Ausnahme ist schon deshalb unverständlich und unmotiviert, weil ja die versicherungspflichtigen land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter ebenfalls zum großen Teil auf die Naturallöhnung angewiesen sind und dennoch als versicherungspflichtig erklärt werden.

Endlich sind von der Invalidenversicherung solche Personen ausgenommen, die bereits invalid sind oder im Genusse einer Rente im Mindestausmaße des Grundbetrages der zweiten Lohnklasse (150 Kr. jährlich) aus einem öffentlichen Pensionsinstitute stehen.

Befreit können diejenigen Personen werden, die eine Unfallrente im Mindestausmaße von drei Fünfteln der Vollrente seit mindestens drei Jahren beziehen, ohne daß sie als invalid anzusehen sind; doch soll bei Wegfall dieser Rente die Invalidenversicherungspflicht wieder aufleben.

Eine ganz neue Stellung erhält nach dem Programm die Unfallversicherung angewiesen. Sie, die bisher im Hinblick auf ihre Entwicklung aus der Haftpflicht und dem Schadenersatzrechte einen vollgültigen Rang besessen hatte, soll nunmehr eine untergeordnete Stellung einnehmen und bloß ein Akzessorium zur allgemeinen Invaliden- und Krankenversicherung bilden, das nicht die besonders schweren Berufsgefahren in gewissen Betrieben sondern bloß die historische Entstehung erforderlich macht. Die Gründe für diese Herabdrückung dieses bisher als vollwertig betrachteten Versicherungszweiges treten nicht sofort klar zutage. Sie werden jedoch erkenn- und feststellbar, wenn man die auf die Unfallversicherung bezüglichen Spezialvorschriften einer kritischen Prüfung unterzieht. Vorläufig sei nur festgestellt, daß der Kreis der unfallversicherten Personen keine Erweiterung erfährt, weil das Programm von der Voraussetzung ausgeht, daß sich die Unfallversicherung auf die Entschädigung solcher Unfälle zu beschränken habe, die in den bisher als ganz spezifisch unfallgefährlich erkannten Betrieben sich ereignen. Daß der Charakter und das Wesen des

Betriebsunfalls der gleiche bleibt, ob er in einem fabriksmäßig oder in einem handwerksmäßig betriebenen Berufe, ob er im Verkehrs- oder im Handelsgewerbe sich ereignet, darauf nimmt das Programm keine Rücksicht, weil für die Regierung nicht so sehr soziale und wirtschaftliche als vielmehr politische Gründe maßgebend waren. Das Programm begnügt sich deshalb damit, an dem Kreis der unfallversicherungspflichtigen Personen verschiedene kleine Korrekturen vorzunehmen. Zunächst werden die Bergarbeiter, deren Provisionsversicherung für Unfälle nicht ausreicht, in die Unfallversicherung einbezogen. Ein schlagendes Argument dafür, daß die Invalidenversicherung — auch wenn sie durch die Annahme mehrerer Invalidengrade abgestuft würde — durchaus nicht als Ersatz für die wesentlich höhere Entschädigungen leistende Unfallversicherung aufgefaßt werden kann. Bei dieser Gelegenheit sei nebenbei bemerkt, daß es sich doch wohl auch empfehlen würde, den Ausschluß der Bergwerke auf nicht vorbehaltene Mineralien (Erdharze) aufzuheben. Eine sehr einschneidende Korrektur wurde hinsichtlich der bei Baubetrieben beschäftigten Arbeiter vorgenommen. In der bisherigen Praxis wurden die sogenannten Werkstättenarbeiter nicht als unfallversicherungspflichtig angesehen, wiewohl sie unter Umständen von den Unfallsgefahren genau so bedroht sind, wie die unmittelbar am Bau selbst beschäftigten Personen. Das Programm versucht die Grenze der Unfallversicherungspflicht bei Betrieben, die sich auf Bauausführungen erstrecken, durch Aufzählung der einzelnen Kategorien genau zu präzisieren. Die Aufzählung ist jedoch eine unvollständige; es fehlen beispielsweise die Glaser, Hafner, Pflasterer, Asphaltierer, Schlosser, Tapezierer, Zimmermaler. Aber auch sonst bedürfen die Bestimmungen über die Unfallversicherungspflicht mancherlei Ergänzungen. So wären neben den Gruben auch die Gräbereien zu erwähnen, ferner die Betriebe der Schmiede, Fleischhauer und Selcher. Bei der Aufzählung der Bauunternehmungen fehlen die Erdarbeiten.

Ungenügend motiviert ist der Ausschluß des Personals solcher Gewerbetreibender, die nur einzelne Bauarbeiten auszuführen haben und deren Gewerbebetrieb an sich der Versicherungspflicht nicht unterliegt. Ferner die Beschränkung der Versicherungspflicht auf Betriebe, in welchen zwar Dampfkessel oder motorisch bewegte Maschinen verwendet, nicht aber Verkehrsgegenstände erzeugt oder verarbeitet werden. Auch daß Lagerungsbetriebe, die nicht mit einer Handelsunternehmung verbunden sind, außerhalb der Versicherungspflicht bleiben, läßt sich nach den bisherigen Erfahrungen

kaum rechtfertigen. Ein Mangel liegt ferner in der fehlenden Definition des Fabriksbegriffes, der durch die bisher hierfür geltende Ministerialverordnung nur ungenügend umgrenzt ist.

Zieht man alle Ausnahmen von der Versicherungspflicht hinsichtlich der Fürsorge für vorübergehende und dauernde Erwerbsunfähigkeit in Betracht, dann schrumpft der Kreis der Versicherten ganz bedeutend zusammen und es wird nicht einmal jene Zahl erreicht, die das Regierungsprogramm angibt. Dabei zeigt sich, daß die Gründe für den Ausschluß lediglich administrativer und finanzieller Natur sind und daß weder diesen noch jenen das Schwergewicht zukommt, welches ihnen die Regierung beimißt. Die Zulässigkeit der freiwilligen Selbstversicherung ist ganz wertlos, die Befugnis der Regierung zur nachträglichen Einbeziehung in den Versicherungszwang von problematischem Wert, die Ausschließung der Landwirtschaft und anderer Produktionsgruppen aus der Unfallversicherung eine direkte Gefahr und Schädigung der übrigen Interessenten.

(Fortsetzung folgt.)

Aus der Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik in Berlin.[1])

Sitzung vom 5. Juli 1906.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr Gottstein.

Herr L. Feilchenfeld: **Über den Unterschied zwischen der staatlichen und privaten Unfallversicherung.** Die Unterscheidung zwischen der staatlichen und privaten Unfallversicherung hat einen theoretischen und einen praktischen Wert. Sie ist theoretisch wichtig, weil sie zu der schärferen Begriffsbestimmung des Unfalls beitragen kann, die noch immer der Versicherungstechnik große Schwierigkeit bereitet. Praktisch ist sie von Bedeutung sowohl für die staatliche, weil diese aus der privaten Unfallversicherung hervorgegangen ist oder wenigstens nach ihrem Vorbilde eingerichtet wurde, als auch besonders für die Privatversicherung, weil wiederum die ärztliche Begutachtung der Verletzten und die gerichtliche Entscheidung in strittigen Fällen außerordentlich von den Gepflogenheiten bei der staatlichen Versicherung beeinflußt wird. Die Frage ist zweifellos eine vorwiegend juristische. Aber wir können als Ärzte durchaus nicht auf die Kenntnis solcher wichtigen Begriffe verzichten, da unser Gutachten schließlich die Grundlage für den Spruch des Richters bilden muß und wesentlich die Klarstellung des Falles erleichtert. Übrigens ist bereits hier eine Verschiedenheit bei beiden Versicherungsanstalten vorhanden, die ich aber erst später ausführlicher berühren will. Auch kann ich nicht auf die feineren juristischen Unterschiede eingehen, sondern will mein Thema rein praktisch vom ärztlichen Standpunkte behandeln. Der Unfall ist eine aus drei verschiedenen Vorgängen zusammengesetzte Begebenheit, nämlich aus dem Unfallereignis, der Unfallverletzung und den Unfallfolgen. Die Unfallverletzung hat am wenigsten charakteristische Merkmale für eine Differenzierung bei den verschiedenartig Versicherten. Das Wesentliche, das ihr die Besonderheit gibt, liegt in der Tatsache des Unfalls, in dem Unfallereignis. Dieses ist es daher hauptsächlich, das unsere ganze Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen wird. Das Unfallereignis muß durch mehrere Eigenschaften ausgezeichnet sein, wenn wir es als solches anerkennen sollen, durch Plötz-

[1]) Nach den Verhandlungen der Gesellschaft, abgedruckt in Nr. 27 der „Medizinischen Reform", herausg. von R. Lennhoff.

lichkeit, Zufälligkeit, Äußerlichkeit und Gewaltsamkeit. Ich folge hierin der Ansicht von Gerkrath,[1] der von diesen Kriterien des Unfalls behauptet, daß sie im Grunde von den staatlichen wie den privaten Versicherungsanstalten beachtet werden. Aber freilich — hier zeigt sich der wichtigste Unterschied — die Arbeiterversicherung beschränkt ihre Entschädigungspflicht auf die im Betriebe vorkommenden Unfälle. Das ist eine rein willkürliche, keinesfalls der Natur des Unfalls anhaftende Einschränkung. Denn ob ein Maurer von der Leiter fällt und sich ein Bein bricht, indem er auf seinem Hofe Kirschen vom Baume pflückt, oder ob er auf einem Baugerüst arbeitet, das ist hinsichtlich der Verletzung selbst ganz gleichgültig. Aus dieser Tatsache, aus der Voraussetzung des Betriebsunfalls ist ersichtlich, daß die öffentliche Versicherung eine soziale Einrichtung ist und die Bedeutung einer Fürsorge hat für den in einem Betriebe besonderen Gefahren ausgesetzten Arbeiter. Alle Unterschiede sind auf dieses Grundprinzip zurückzuführen. Denn die private Versicherung steht auf dem rechtlichen Boden ihrer Vertragsbedingungen, nach deren Auslegung sie die Ansprüche des Versicherten erfüllt oder ablehnt. Und die Vertragsbedingungen sind vor allem darauf gerichtet, das Unfallereignis als etwas Unerwartetes, vom Willen, aber auch von der besonderen körperlichen und geistigen Verfassung des Versicherten Unabhängiges zu behandeln. Daher wird die private Versicherung in einer Beziehung weiter gehen, als die staatliche, indem es für sie nichts ausmacht, ob der Unfall im Beruf oder außerhalb des Berufs erlitten wurde; aber sie wird doch wiederum weniger weitherzig sein mit Rücksicht auf die näheren Umstände des Unfallereignisses, sondern strenger in ihren Forderungen sein müssen in betreff der Tatsache eines solchen. Über die Anforderueg der Plötzlichkeit des Unfallereignisses ist in diesem Vereine bereits ausführlich bei der Besprechung der Berufskrankheiten verhandelt worden. Diese spielen bei Privatversicherungen keine große Rolle, weil hier eben der Nachdruck auf den Unfall gelegt wird, während das Erleiden einer Krankheit durch den Betrieb und während des Betriebes wohl zur Erörterung der Frage führen kann, wieweit die Störung in der Gesundheit des Versicherten durch wiederholte schwächere Unfallereignisse verursacht worden ist. Bei manchen inneren Krankheiten könnte man so zu dem Resultat kommen, daß in der Tat eine häufige, sei es innerliche oder äußerliche Verletzung stattgefunden hat. Bisher haben aber die Berufsgenossenschaften eine solche Auslegung nicht für zulässig gehalten. Wohl aber wird oft bei der staatlichen Versicherung eine wenn auch länger dauernde, jedoch immerhin auf einen bestimmten Zeitraum sich erstreckende Anstrengung als Unfallereignis anerkannt. Das typische Beispiel hierfür ist der von Becker in seinem Lehrbuch angeführte Fall jenes Kapitäns, der nach mehrstündiger Leitung seines Schiffes während eines Typhons einen Herzschlag erlitt und starb. Hier wurde der Unfall, weil das Unglück sich im Betriebe ereignete, angenommen, obgleich man von einer Plötzlichkeit im Sinne eines Unfallereignisses gewiß nicht sprechen konnte. Immerhin war hier ein anderes wesentliches Kriterium vorhanden, nämlich die Gewaltsamkeit des Naturereignisses, die mit der Plötzlichkeit innig zusammenhängt und sie wohl auch zum Teil ersetzen kann. Trotzdem wäre jene Entscheidung bei einer privaten Unfallversicherung kaum denkbar. Denn es fehlt jede Erkennbarkeit einer Verletzung, die bei der Privatversicherung eine Rolle spielt. Am besten erkennen wir die Natur des Unfallbegriffs, wenn

[1] Zur Begriffsbestimmung des Unfalls, Zeitschr. f. Ver. Wissensch., 1906.

wir die verschiedenen Einschlüsse und Ausschlüsse auf die zugrunde liegende Berechtigung prüfen. Eine durch den Druck des zu engen Stiefels schief gewordene Zehe, ein eingewachsener Nagel, eine Schleimbeutelentzündung am Knie (Hausmaidknee) sind keine Unfälle, weil ihnen das Plötzliche, das Einmalige der äußeren Gewalteinwirkung fehlt. Solche Fälle werden also von vornherein als versicherungspflichtig ausscheiden. Sie sind übrigens bei beiden Versicherungsarten kaum strittig. Schwieriger liegt die Frage bei dem Erfrieren und dem Hitzschlage. Bei der staatlichen Versicherung ist wiederum der Nachweis nötig, daß das Unglück sich im Betriebe ereignete; bei der privaten steht nach Gerkrath für die Erfrierungen nichts im Wege, die Entschädigungspflicht anzuerkennen, obgleich hier doch das Plötzliche der Schädlichkeit fehlt. Für den Hitzschlag aber, für den das Plötzliche geradezu charakteristisch ist, müsse man eine körperliche Disposition annehmen, so daß hier nicht ein objektives Risiko, welches allein die Grundlage aller Unfallversicherungen bildet, vorliegt, sondern ein subjektives, das anderer Einrichtungen bedürfe, als die Unfallversicherung zur Deckung anwende. Ich komme auf diesen Punkt noch zurück. Eine gewisse Gewaltsamkeit ist also mit die Voraussetzung bei dem Unfallereignis. Nicht ein Streicheln ist ein Unfall, sondern ein Schlag oder Stoß, nicht ein langsamer Druck, sondern eine Quetschung. Man sieht, daß diese Begriffe der Plötzlichkeit oder Gewalt ineinander übergehen. Die Äußerlichkeit ist ein ferneres wesentliches Merkmal des Unfalls. Aber damit ist nicht gesagt, daß jedes Unfallereignis äußerlich sichtbar oder erkennbar gewesen sein muß. Bei einer Muskelzerrung ist ja scheinbar die Ursache des Ereignisses eine innerliche. Aber nur scheinbar. In Wirklichkeit ist der Grund in einem äußeren Vorfall zu suchen. Die betreffende Person wollte einen schweren Ballen Ware von einem Spinde herunterholen und machte dabei eine plötzliche, gewaltsame Anstrengung, oder es gibt sich jemand, um das Ausgleiten zu verhüten, einen plötzlichen Ruck. Das sind reine Unfälle, wenn auch hier die genaue ärztliche Begutachtung des Unfallereignisses notwendig ist, weil oft ein Muskelrheumatismus mit der Muskelzerrung verwechselt werden kann. Die öffentliche Versicherung ist im Vorteil vor der privaten, weil sie bei allen Unfällen eine genaue Feststellung sowohl der Tatsache des Unfallereignisses verlangt und erhält, als auch der näheren Gründe und Umstände, die zu dem Ereignis geführt haben und führen könnten, oder mußten. Dadurch wird von vornherein die Sicherheit geschaffen, daß entweder eine Betriebsstörung die Ursache war oder eine so und so geartete außergewöhnliche Anstrengung die Veranlassung gewesen ist. Nichts von alledem ist bei der Privatversicherung möglich. Selten sind Zeugen des Vorfalls vorhanden, noch seltener wird ein Beweis nach dieser Richtung erhoben. Vielmehr kommt alles auf das Urteil des untersuchenden Arztes an und dieser richtet sich zumeist nach der Aussage des Verletzten, die er freilich nach der Wahrscheinlichkeit beurteilt, ob die vorliegende Beschädigung durch einen Unfall bewirkt sein kann. Ich komme zu dem wichtigsten Kriterium des Unfallereignisses, der Zufälligkeit. Wichtig ist es namentlich für die private Versicherung. Eine große Schuld wie das Herabspringen von einem in voller Fahrt befindlichen Straßenbahnwagen verwirkt das Anrecht auf Unfallentschädigung. Grobe Fahrlässigkeit beeinträchtigt den Anspruch aber auch bei der Berufsgenossenschaft. Wiederum geben uns am besten die Ausschlüsse Aufklärung, weil sie, wie Gerkrath mit Recht behauptet, nur Erläuterungen des Unfallbegriffs sind. Bei einer Schlägerei, die provoziert wurde, bei einem Wettrennen, bei einem Duell,

handelt es sich doch nicht um zufällige Ereignisse, wenn eine Verletzung zustande kommt, sondern um etwas, das zu erwarten war, und das durch den eigenen Willen des Versicherten herbeigeführt wurde. Anders wieder bei dem Versuch, einen in Gefahr befindlichen Menschen zu retten. Hier handelte der etwa Verunglückte bei seinem Rettungswerke unter einem Zwange, nämlich dem äußeren, unvorhergesehenen, also von seinem Willen unabhängigen Ereignisse. Tatsächlich werden solche Verunglückungen als Unfälle entschädigt. Anders, wenn jemand selbst Hand an sich legt. Dann handelt er nur aus innerem Zwange, weder zufällig, noch unabsichtlich, weshalb Selbstmord mit Recht nicht ein Unfall genannt wird. Auch wird eine Operation nicht als Unfall gelten, weil jedes Merkmal der zufälligen unvorhergesehenen Verletzung fehlt. Daher kann auch der ungünstigste Ausgang einer Operation nie als Unfall angesehen werden und gleichfalls nicht eine Verletzung beim Nägelschneiden, die nichts anderes ist als eine Operation mit ungünstigem Ausgang. Wenigstens ist sie bei den meisten Versicherungen besonders ausgeschlossen. Etwas anderes muß ich noch als besonders medizinisch wichtig erwähnen, das ist die Entstehung des Unfallereignisses infolge einer inneren Erkrankung. Hier fehlt sicherlich auch dem Unfallereignisse das Zufällige, wenn wir nachweisen können, daß es eben wegen des inneren Leidens wohl zu erwarten war. Wenn ein Epileptiker einen Krampfanfall erleidet, so ist es nicht zu verwundern, wenn er in Abwesenheit einer beaufsichtigenden Person hinfällt. Daher pflegt die Privatversicherung solche Fälle nicht zu entschädigen; wohl aber die öffentliche, falls der Unfall sich im Betriebe ereignete. Bemerkenswert ist ein Fall, von dem ich das gerichtliche Gutachten anführen will, weil hier offenbar eine ganz falsche Auffassung des Unfallbegriffs zu dem für die Gesellschaft ungünstigen Urteile führte. Der Fall ist übrigens auch von Gerkrath bereits erwähnt worden. Ein Hauptmann a. D., der wiederholt an Schwindelanfällen litt, reitet auf ebenem Boden und fällt vom Pferde infolge eines Schwindelanfalls, wie allseitig angenommen wurde. Es entwickelt sich eine geistige Störung bei ihm, die zum Teil schon vorher bestanden haben soll. Das Gericht verurteilte die Gesellschaft zur Zahlung der vollen Rente. (Aus dem Urteil des Oberlandesgerichts in Sachen L. contra Urania.) Bildet somit der Sturz vom Pferde, oder richtiger gesprochen das durch den Sturz bedingte heftige Aufschlagen des Kopfes auf den harten Boden der Straße das Ereignis, welches die Körperverletzung des Klägers zur Folge gehabt hat, so fragt sich nur noch, ob jenes Ereignis im Sinne der Allgemeinen Versicherungs-Bedingungen der Beklagten als „Unfall“, d. h. als ein solches Ereignis zu betrachten ist, welches gewaltsam, plötzlich und unabhängig vom Willen des Versicherten von außen her mit mechanischer Gewalt auf ihn gewirkt hat. Dem Berufungsgerichte ist es unbedenklich erschienen, die Frage zu bejahen. Die Beklagte hat zwar dieser Auffassung widersprochen. Sie vermißt den von außen her kommenden Anstoß zu dem Sturze, indem sie nur solche Ereignisse als Unfälle gelten lassen will, welche aktiv und mit aggressiver Gewalt auf den Versicherten als leidenden Teil einwirken. Sie denkt dabei offenbar an die Fälle, wo jemand durch einen herabstürzenden Balken getroffen oder von einem Wagen überfahren wird oder an Verletzungen durch den Hufschlag eines Pferdes, durch den Biß eines Hundes und dem ähnliche. Eine derartige in den Sinn fallende äußere Gewalteinwirkung auf den Kläger läge nicht vor, da er infolge eines innerlichen Vorgangs des Bewußtseins beraubt, lediglich nach dem Gesetze der Schwerkraft vom Pferde herabgesunken sei, und durch das Auf-

schlagen auf den Fußboden sich selbst verletzt habe. Der Ansicht der Beklagten läßt sich indes nicht beipflichten. Sie haftet zu sehr an der Wortfassung der Bestimmung in § 1 Abs. 1 der Versicherungs-Bedingungen; sie führt zu einer Einengung des Unfallbegriffs, die von den Kontrahenten des Versicherungsantrags gewiß nicht gewollt ist und widerstreitet zudem der Anschauung des gewöhnlichen Lebens. Wer auf glattem Parkett ausgleitet und sich im Fallen verletzt, der Dachdecker, der infolge eines Fehltritts vom Dache herunterstürzt, der Spaziergänger, der, weil er kurzsichtig ist, in eine am Wege liegende Grube fällt, der Tourist, der beim Überschreiten eines über den Bach gelegten Baumstammes das Gleichgewicht verliert oder der, weil er nicht schwindelfrei ist, vom steilen Abhange herabfällt: — sie alle erleiden Unfälle im Sinne der Versicherungs-Bedingungen und sie würden gewiß schwer enttäuscht sein, wenn die Beklagte in solchen Fällen ihre Entschädigungspflicht ablehnen wollte unter Berufung darauf, daß ihr Sturz nicht durch die äußere Einwirkung einer fremden Körperkraft, sondern ausschließlich durch das Naturgesetz der Schwere veranlaßt worden sei. Das hier von außen her, plötzlich und unabhängig von dem Willen des Versicherten mit mechanischer Gewalt auftretende Ereignis liegt in dem Aufschlagen des Körpers auf den Erdboden, oder, wenn man lieber will: in dem äußeren Widerstande, den der durch die Anziehungskraft der Erde abwärts gezogene menschliche Körper am festen Erdboden findet. An einer äußeren Gewalteinwirkung fehlt es also auch in diesem Falle keineswegs, und es liegt daher in der Tat kein Grund vor, ihn von der Entschädigungspflicht der Versicherungsgesellschaft auszuschließen. Den Gegensatz zum „Unfall“ als einem zeitlich begrenzten, plötzlichen, körperlichen Ereignisse bildet die auf allmählicher Entwicklung und meist auf inneren Ursachen beruhende organische Erkrankung. Derselbe Gegensatz der Begriffe tritt auch auf dem Gebiete der öffentlichen Unfallversicherungs-Gesetzgebung des Reiches in Erscheinung. Die Versicherungsgesellschaft, welche gegen körperliche Unfälle Versicherung gewährt, will damit grundsätzlich innere organische Erkrankungen ausgeschlossen wissen. Sie steht lediglich ein für die wirtschaftlichen Folgen körperlicher Beschädigungen, sofern und soweit sie sich auf mechanische Einwirkungen von außen her zurückführen lassen. Im wesentlichen und auf dem gleichen Standpunkte steht aber auch das Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884, insofern es sich ebenfalls unter Ausscheidung der Fürsorge für Krankheitsinvalidität, auf die Versicherung gegen Unfälle bei dem Betriebe beschränkt. Obwohl das Gesetz sich nicht ausdrücklich darüber ausspricht, was es unter Unfall versteht, so herrscht doch im großen und ganzen Übereinstimmung darüber, daß dazu begrifflich die Einwirkung eines äußeren Vorgangs auf den menschlichen Körper zu fordern sei, gleichviel, wodurch die Einwirkung im einzelnen Falle hervorgebracht wird, und ob durch Naturkräfte, durch dritte Personen, durch den Verletzten selbst oder ob durch irgend welche andere zufällige Umstände. Dagegen sind Vorgänge im Innern eines Menschen, welche ohne Einwirkung von außen sich vollziehen, im Sinne des Gesetzes keine Unfälle.“ Hier wird also der Fehler begangen, daß man hauptsächlich nur die Unfallverletzung beachtet mit den Unfallfolgen, die aber auch nicht allein durch die Verletzung bedingt sind, sondern noch durch die voraufgegangene Krankheit kompliziert wurden. Dem Falle fehlte nicht nur das Äußerliche (wogegen das Urteil ankämpft), sondern auch das Zufällige, weil bei der Neigung zu Schwindel entschieden das Besteigen des Pferdes vermieden werden mußte und das Herunterfallen somit ein wohl zu erwartendes Ereignis

war. Ganz anders, wenn das Pferd über einen Stein gestrauchelt oder durch ein Automobil scheu gemacht worden wäre. Dann hätten wir ein wirklich zufälliges, unvorhergesehenes und von außen einwirkendes Ereignis als Ursache der Unfallverletzung zu verzeichnen. Ich verfüge über einen ähnlichen Fall, in dem das Gericht zu der entgegengesetzten Entscheidung gelangte. Ein 45 jähriger Landwirt war infolge von Schwindelanfällen die Treppe hinuntergefallen und hatte sich die Schulter verstaucht. Der Arzt stellte Arteriosklerose und Neigung zu Schwindelanfällen fest, die auch schon beim Vater und Großvater bestanden haben sollten. Das Gericht nahm an, daß der Unfall durch das innere Leiden hervorgerufen worden war und lehnte die Klage auf Entschädigung ab. Eine Berufsgenossenschaft aber bewilligte in diesem Falle 45 Proz. Rente wegen dauernder Behinderung der Schulter. Ein weiterer Fall ist bemerkenswert. Ein 50 jähriger Maurer empfindet beim Aufreißen von Holz einen heftigen Schmerz in der Brust, wird ohnmächtig, bricht zusammen und stirbt nach wenigen Stunden. Sektion: Zerreißung des Ansatzes der Aorta infolge von Fettherz. Ablehnung von der Privatversicherung, während der Fall von der Berufsgenossenschaft als Betriebsunfall anerkannt wird. Von der Unfallverletzung habe ich schon gesagt, daß sie nichts wesentlich Erkennbares an sich hat Entweder liegt eine chirurgische Krankheit vor, ein äußerliches Leiden, das freilich stets durch eine mechanische Gewalt bewirkt sein muß, oder es handelt sich um eine innerliche Verletzung, bei der es wohl zuweilen schwierig sein kann, die Ursachen sicher zu erkennen. Hier trifft nun wieder das zu, was ich schon einmal gesagt habe. Bei der öffentlichen Versicherung kann der Betriebsleiter, oder ein Sachverständiger oder Mitarbeiter Näheres über die Vorgänge bei dem Unfallereignis im Betriebe angeben. Als je erheblicher sich dieses Ereignis darstellt, um so wahrscheinlicher wird der Unfall als Grund der vorliegenden Krankheit erscheinen. Bei der privaten Versicherung hat der Arzt hauptsächlich die Entscheidung in seiner Hand. Er soll möglichst objektiv sein Urteil darüber abgeben, ob die Verletzung oder das Leiden des Versicherten durch einen versicherungspflichtigen Unfall bewirkt wurde. Weiter will ich auf diesen Punkt nicht eingehen, sondern noch etwas bei dem dritten Vorgange verweilen, der zu dem Begriff eines Unfalls gehört, bei den Unfallfolgen. Diese setzen sich wiederum aus mehreren Momenten zusammen. Sie zeigen das Resultat aus Unfallereignis und Unfallverletzung, wozu aber noch als erheblich mitwirkend zwei Umstände kommen, einmal die Erwartung und der Wunsch einer hohen Rente und zweitens das allgemeine körperliche Verhalten des Versicherten zur Zeit des Unfallereignisses. Daß die Begehrungsvorstellungen eine große Rolle bei beiden Arten von Unfallverletzten spielen, ist eine zu bekannte Tatsache, als daß man sie noch begründen müßte. Ich will nur erwähnen, daß ich vor zwei Jahren einen jungen Arzt veranlaßte, den Verlauf bei etwa 100 Unfällen bei einer Privatversicherung zu untersuchen. Wir haben dabei durch Vergleich mit bekannten Zahlen aus den großen chirurgischen Kliniken festgestellt, daß bei allen Versicherten die Unfallfolgen weit schlimmer waren, als bei Nichtversicherten, ja, daß ganz typische Verletzungen, wie Unterschenkelbrüche und Schulterkontusionen oft das Doppelte der Zeit zur Heilung gebrauchten, wie dieselben Verletzungen, wenn keine Rente zu erwarten war. Das Nähere ist in der Arbeit von Samson (Zeitschr. f. Vers. Wiss. 1905) nachzulesen. Hier besteht also bei beiden Versicherungsarten kein Unterschied. Noch wichtiger aber als die Begehrungsvorstellungen ist die Frage nach der Beteiligung der etwa bei dem Unfallereignis schon vorhandenen Krankheiten an

dem ganzen im Gefolge des Unfalls auftretenden Krankheitsbilde. Diese Frage wird auf dem IV. internationalen Kongreß f. Vers.-Med. im September d. J. eingehend behandelt werden. Ich möchte aber doch kurz auf einiges, mein heutiges Thema Betreffendes eingehen. Der Zusammenhang zwischen innerer Krankheit und Trauma beschäftigt in hohem Maße auch die öffentliche Versicherung. Der Unterschied liegt wohl hauptsächlich darin, daß die Staatsversicherung eine mildere Auffassung für geboten hält, die private sich zur strengeren Auseinanderhaltung von Verletzung und innerer Krankheit für verpflichtet hält. Becker zitiert folgenden hierauf bezüglichen Ausspruch des Reichsversicherungsamts: „Wollte man unter allen Umständen einen stringenten Nachweis verlangen (nämlich des Zusammenhangs einer Krankheit mit einem Unfall), so würde man damit gegen den Geist der Gesetzgebung verstoßen, deren Segnungen in manchen Fällen illusorisch machen. Es handelt sich nicht um eine privatrechtliche Versicherung, sondern um eine öffentlich-rechtliche Fürsorge." — Und weiter: „für dessen Anwendung deshalb nicht Grundsätze maßgebend sein dürfen, welche gegenüber der Privatversicherung vielleicht statthaft erscheinen möchten". Ich führe diese Sätze darum an, weil sie als Beweis dafür gelten müssen, daß die ersten rechtlichen Vertreter der staatlichen Versicherungsanstalten die Berechtigung anerkennen, bei der Behandlung der erwähnten Fragen einen wesentlichen Unterschied zu machen zwischen den beiden Versicherungsarten. Man wird hiernach bei der Privatversicherung mit größerer Strenge den Nachweis eines erheblichen Unfallereignisses verlangen dürfen, wenn man eine innere Krankheit als Unfallfolge annehmen soll, als bei der öffentlichen Versicherung der Fall sein wird. War die innere Krankheit sicher schon vor dem Unfall vorhanden und wurde sie nicht wesentlich durch diesen beeinflußt, so pflegt bei jeder Art von Versicherung die Entschädigung abgelehnt zu werden. Anders bei der Verschlimmerung von inneren Leiden durch Unfälle. Diese wird bei den Berufsgenossenschaften als gleichwertig einer reinen Unfallfolge angesehen und die Entschädigung gewährt, wenn das bereits latente oder deutliche innere Leiden durch den Betriebsunfall in seinem ungünstigen Verlaufe beeinflußt wurde, oder früher als sonst zu erwarten wäre, zu Tode geführt hat. Freilich zieht sie auch die Arbeitsfähigkeit des Verletzten vor seinem Unfall in Betracht und beurteilt nach der Häufigkeit seines Aussetzens der Arbeit die Beeinträchtigung, die durch das innere Leiden schon früher gegeben war. Eine solche Kontrolle hat die Privatversicherung nicht. Sie setzt dafür die Gesundheit des Versicherten bei seiner Aufnahme voraus. Der Versicherte ist aber auch verpflichtet, von etwaigen später sich entwickelnden inneren Krankheiten der Gesellschaft Mitteilung zu machen. Natürlich kann er das nur, wenn er es selbst weiß. Man wird nun bei manchen Leiden mit Sicherheit annehmen dürfen, daß sie zur Kenntnis des Versicherten gekommen sein müssen. Wenn jemand an Syphilis leidet oder an Lungentuberkulose, oder wegen Diabetes nach Karlsbad geht und eine bestimmte Diät befolgt oder auch wegen Neurasthenie mehrfach Sanatorien aufgesucht hat, so muß man annehmen, daß er genau weiß, was ihm fehlt. Falls ein solcher Versicherter die Anzeige an die Unfallversicherungsgesellschaft verabsäumt, so darf man in dem Verschweigen einen Grund für die Ablehnung etwaiger bei Unfällen sich zeigender, durch das innere Leiden bedingter Komplikationen für berechtigt halten. Das kann man den Gesellschaften nicht verargen, weil sonst die Voraussetzung der Unfallversicherung, die das Zufällige, von außen Kommende betrifft, vollkommen hinfällig wird und die Versicherung gegen unvorhergesehene

Unglücksfälle in eine Versicherung gegen bestimmt zu erwartende Krankheitszustände sich umwandelt, für die natürlich eine ganz andere Prämienberechnung erforderlich wäre, wenn es überhaupt möglich ist, versicherungstechnisch einer solchen Krankheitsversicherung beizukommen. Genau so wie innere Leiden können auch äußerliche Krankheiten durch einen Unfall verschlimmert werden. Hier scheint in manchen Fällen eine Übereinstimmung zwischen privaten und öffentlichen Versicherungen zu bestehen. Plattfüße, Kniegelenkveränderungen werden wohl in Betracht gezogen, wenn sie schon vor dem Unfall vorhanden waren. Auch eine Spontanfraktur infolge von Syphilis oder Tabes wird selbst bei Mitschuld eines Unfalls nicht als solcher von der staatlichen Versicherung angesehen. Sehr bemerkenswert ist folgender Fall, der wohl schon öfter zitiert wurde. Ein Mann, Mitte der Zwanziger, bemerkte an seiner Wange am 15. September 1895 einen kleinen Furunkel. Am 17. September ließ er sich rasieren, wobei der Furunkel etwas verletzt wurde. Am 19. September zeigten sich Erscheinungen von Blutvergiftung, am 22. Ausbruch allgemeiner Pyämie, am 26. September Tod. In diesem Falle wurde vom Kammergericht und Reichsgericht gegen die Gesellschaft entschieden, daß der Tod durch einen Unfall herbeigeführt worden war. Die zahlreichen Gutachten der bedeutendsten Chirurgen lauteten durchaus widersprechend. Körte z. B. sagte: „Der Versicherte ist an einem bösartigen Furunkel des Gesichts gestorben, der vielleicht durch den Schnitt verschlimmert wurde. Es sei kein Beweis dafür vorhanden, daß der Schnitt die bösartige Infektion gemacht habe.“ Mir scheint in der Tat, daß hier eine vollständig falsche Auffassung des Unfallbegriffs wieder die Ursache der richterlichen Entscheidung war. Die Gesichtsfurunkel sind wegen ihrer Bösartigkeit und ihrer Neigung zu allgemeiner Infektion berüchtigt. Darum war in solchem Falle durchaus jede Manipulation kontraindiziert. Es war ebensogut möglich, oder sogar wahrscheinlicher, daß das Einseifen, das Berühren der Wange und das Drücken, das Abwaschen etc. die Verschlimmerung des Furunkels bewirkt hat und nicht die durch das Rasiermesser bewirkte Abtragung der obersten Spitze des Furunkels. Man wird aber sicher nicht das Rasieren an sich und die damit verbundenen Maßnahmen als ein Unfallereignis ansehen dürfen. Zum mindesten hätten in einem solchen Falle die Bedenken der Sachverständigen dahin führen müssen, daß man die Hauptschuld an dem traurigen und bedauernswerten Ausgange der Bösartigkeit des Furunkels, also nicht dem unbedeutenden Unfallereignisse beigemessen hätte. Hier hat zweifellos das Gericht die Gepflogenheiten der Behörden für die staatliche Unfallversicherung in Anwendung gezogen. Ich bin am Ende meiner Ausführungen, weiß aber wohl, daß ich nur eine Skizze geben konnte. Um dieses Thema erschöpfend zu behandeln, müßte man ein ganzes Buch schreiben. Als wesentlichsten Unterschied zwischen der staatlichen und privaten Unfallversicherung haben wir die Einschränkung der ersteren durch den Nachweis des Betriebsunfalls kennen gelernt. Dadurch wird eine bessere und objektivere Klarstellung des Unfallereignisses bei den Arbeitern möglich, während man bei den Versicherten der Privatgesellschaften fast immer lediglich auf die eigenen Angaben der Verletzten angewiesen ist. Eine weitere Konsequenz aus diesen Verhältnissen ist die Tatsache, daß bei der öffentlichen Versicherung das ärztliche Gutachten fast gar nicht für die Beurteilung des Unfallereignisses, nur zum Teil für die Auffassung der Unfallfolgen und hauptsächlich für die Feststellung der Unfallverletzung in Betracht kommt. Anders bei der Privatversicherung. Hier ruht alles auf dem Ausspruche des Arztes, der

die Frage zu entscheiden hat, ob überhaupt ein Unfall und dann ob ein entschädigungspflichtiger Unfall vorliegt. Darum hat die genaue und möglichst präzis gefaßte Begriffsbestimmung des Unfalls für die Privatversicherung einen noch viel höheren Wert, als für die staatliche. Freilich glaube ich, daß die mancherlei Übelstände und Nachteile, die sich bei der öffentlichen Versicherung im Laufe der Jahre herausgestellt haben, auf das Fehlen einer genauen Bestimmung des Unfallbegriffs in dem Unfallversicherungsgesetz von 1884 zurückzuführen sind. Wenn zwar die wiederholt erwähnte Einschränkung auf den Betriebsunfall einer kurzen Definition widerstrebt, so würde es doch von Vorteil sein, wenn auch für die staatliche Versicherung eine solche gegeben würde. Allerdings werden wir bei der Absicht des Gesetzgebers, ein Fürsorgegesetz für die Arbeiter zu schaffen, die milde und humane Behandlung der Fälle begreifen, die von den Behörden angewandt wird, sobald nur der Betriebsunfall festgestellt wurde. Die Privatversicherungen aber müssen streng darauf achten, daß den Anforderungen genügt wird, die nach den Vertragsbedingungen an das Unfallereignis gestellt werden müssen. Diese Vertragsbedingungen sind indessen stets unzureichend, wenn man sie noch so sorgfältig und vorsichtig mit allen möglichen Einschlüssen und Ausschlüssen ausgearbeitet hat. Sie bilden weder für die Versicherten eine Garantie, noch einen Schutz für die Gesellschaft. Nur durch eine klare und bestimmte Definition des Unfallbegriffs selbst können die Versicherungsgesellschaften für alle Teile eine sichere rechtliche Grundlage schaffen. Ich will aber nicht schließen, ohne noch auf einen wesentlichen äußerlichen Unterschied hinzuweisen, der zwischen der staatlichen und privaten Unfallversicherung besteht. Das ist die Entscheidung in strittigen Fällen. Bei der öffentlichen Versicherung haben wir ein gut geregeltes Verfahren. Wir haben die drei Instanzen: Berufsgenossenschaft, Schiedsgericht, Reichsversicherungsamt. Bei den Berufungsgerichten wiederum das Prävalieren der juristischen Faktoren. Anders bei den privaten Unfallversicherungen. Die meisten Gesellschaften haben die Einrichtung von ärztlichen Schiedsgerichten getroffen, in denen ein Berater des Versicherten, ein Vertreter der Gesellschaft und ein von beiden Ärzten gewählter Obmann die Entscheidung zu treffen haben. Aber wenn auch die Gesellschaften sich an dieses Urteil stets gebunden halten, so bleibt doch dem Versicherten immer noch der Rechtsweg in der Anrufung der zuständigen Gerichte bis zum Kammergericht und Reichsgericht. Zuweilen wird auch einfach Beschwerde beim Kaiserlichen Aufsichtsamt für die Privatversicherungen geführt. Ich halte dieses ganze Verfahren für unzureichend. Mir scheint hier eine Änderung dringend geboten. Häufig haben die entscheidenden Ärzte doch nicht die genügende Kenntnis der rechtlichen Lage und andererseits die Gerichte nicht das volle Verständnis für die ärztliche Seite des Falles. Ich halte es für durchaus geboten, daß ein besonderes Gericht, vielleicht als Angliederung an das Kaiserliche Aufsichtsamt für die Privatversicherung eingerichtet wird. Es müßte aus Richtern bestehen und ärztlichen Sachverständigen, vielleicht auch unter Zuziehung von Laien, die nach dem jeweiligen Beruf des klägerischen Versicherten zu wählen wären. In diesem Sondergerichtshofe müßte vor allem der Unterschied zwischen der privaten und der staatlichen Unfallversicherung klar erkannt werden, um die Verpflichtungen der privaten Versicherungsgesellschaften gegenüber den Versicherten in gerechter Weise beurteilen zu können.

Zeitschriftenübersicht.

Medizinische Reform. 1906. Nr. 45: A. Sticker, Die Bedeutung des Tierexperimentes für die soziale Hygiene und die soziale Medizin. — Nr. 46: N. Nahm, Über Heilstättenfragen. — Nr. 47: L. Berthenson, Die Überwachung der Prostitution in Rußland; Koßmann, Deutschland in den Augen eines französischen Arztes. — Nr. 48: F. Prinzing, Nimmt die Zuckerkrankheit an Häufigkeit zu?; R. Kayser, Die Bedeutung kassenärztlicher Versicherung der Gesamtbevölkerung für das Einkommen der Ärzte. — Nr. 49: M. Sternberg, Erfahrungen über gewerbliche Bleivergiftung in Wien; G. Liebe, Der Alkohol als „Heilstätten-Streitfrage". — Nr. 50: M. Sternberg, Fortsetzung aus Nr. 49; M. Flesch, Die Steigerung der Lebensmittelpreise und die Aufgaben der Hygiene. — Nr. 52: Rabnow, Die städtische Auskunfts- und Fürsorgestelle für Tuberkulöse in Schöneberg; E. Lennhoff, Armenpflege und Armenpolitik. — 1907. Nr. 1: J. Katz, Die Ansiedelung leicht lungenkranker Arbeiter in Deutsch-Südwestafrika, eine Aufgabe der Landesversicherungsanstalten. — Nr. 2: E. Israel, Die Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen; R. Lennhoff, Die Säuglingsfürsorge der Stadt Berlin.

Medizinische Klinik. 1906. Nr. 41: Th. Witry, Die erstmalige Entfernung der Ketten der Irren in der französischen Irrenanstalt Bicêtre; E. Kürz, Soziale Hygiene. — Nr. 42: E. Kürz, Fortsetzung aus Nr. 41. — Nr. 43: E. Kürz, Fortsetzung aus Nr. 42. — Nr. 44: E. Kürz, Fortsetzung aus Nr. 43. — Nr. 45: E. Abderhalden, Zur Frage der Unfähigkeit der Frauen, ihre Kinder zu stillen; E. Kürz, Fortsetzung aus Nr. 44. — Nr. 46: G. Gisler, Stillungsunfähigkeit der Frauen und familiärer Alkoholismus; B. Laquer, Der Alkohol im Arbeiterhaushalt; E. Kürz, Fortsetzung aus Nr. 45. — Nr. 47: C. Colombo, Notwendigkeit eines besonderen Sanitätsbeistandes für die von Betriebsunfällen betroffenen Arbeiter. — Nr. 48: E. Abderhalden, Ein Vorschlag zur Bekämpfung des Alkoholismus auf internationaler Grundlage; E. Landsberg, Über das ärztliche Berufsgeheimnis; W. Brandis, Freie Arztwahl der Unfallverletzten; Witry, Le malade et le médecin. — Nr. 49: Nolte, Über Gesundheitspflege.

Archiv für Rassen- und Gesellschafts-Biologie. 1906. Nr. 6: L. Plate, Über Vererbung und die Notwendigkeit der Gründung einer Versuchsanstalt für Vererbungs- und Züchtungskunde; W. Claassen, Die Frage der Entartung der Volksmassen auf Grund der verschiedenen, durch die Statistik dargebotenen Maßstäbe der Vitalität. (Schluß); A. Ploetz, Zur Abgrenzung und Einteilung des Begriffs Rassenhygiene.

Politisch-Anthropologische Revue. 1907. Nr. 10: Fr. von den Velden, Die voraussichtlichen Folgen der Mutterschaftsversicherung.

Deutsche Krankenkassen-Zeitung. 1906. Nr. 32: Die Beschränkung der Krankenkassen auf reine Geldleistungen. — Nr. 35: Fortsetzung aus Nr. 32. — Nr. 36: Fortsetzung aus Nr. 35.

Zeitschrift für Samariter- und Rettungswesen. 1906. Nr. 23: L. Sofer, Das Rettungswesen im Bergbaubetriebe. 1907. Nr. 2: G. Meyer, Einige Gesichtspunkte für die Organisation des Rettungswesens und der Krankenbeförderung.

Die Arbeiterversorgung. 1906. Nr. 31: R. Weck, Der Königsberger Ärztekonflikt. — Nr. 32: F. Kleeis Die Krankenhauspflege und die Kosten derselben; Hahn, Zu den Voraussetzungen der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 3a Abs. 1 Nr. 2 KVG. — Nr. 35: J. Rotholz, Die Krankenrenten;

Zu der Anwendung des § 140 Absatz 2 des IVG. — Nr. 36: L. Fuld. Zur Verwendung des Eventualdolus in der Arbeiterversicherungsgesetzgebung: F. Kleeis. Die Quittungsbücher für die Kasssenmitglieder. — 1907. Nr. 1: Die Invaliden- und Waisenversicherungskasse der Seeberufsgenossenschaft.

Volkstümliche Zeitschrift für praktische Arbeiterversicherung. 1906. Nr. 22: H. Unger, Die Steigerung der Lebensmittelpreise und ihre Einwirkung auf die Arbeiterversicherung; E. Funke, Das Verhältnis der Krankenversicherung und der Invalidenversicherung zur Unfallversicherung. (Schluß.) — Nr. 23: H. v. Frankenberg, Die Bedeutung des Zwecks der Arbeiterversicherung. — Nr. 24: A. Kiß, Der ungarische Arbeiterversicherungsgesetzentwurf. — 1907. Nr. 1: G. Hoch, Ein Rückblick und ein Ausblick.

Reformblatt für Arbeiterversicherung. 1906. Nr. 20: L. Fuld. Wöchnerinnen-Unterstützung und Schwangerschaftsunterstützung. — Nr. 21. Cl. Heiß, Der fünfte internationale Kongreß für Versicherungswissenschaft: Die reichsgesetzliche Regelung des Apothekenwesens: Das staatliche Versicherungswesen in Deutschland. — Nr. 22: Seelmann, Die Witwen- und Waisenversicherung der Seeleute; Güldenberg, Die Beteiligung der Krankenkassen bei der Festsetzung der ortsüblichen Tagelöhne. — Nr. 23: v. Frankenberg, Der Gehaltsabzug in Krankheitsfällen: F. Kleeis, Die Beseitigung der Gemeindekrankenversicherungen; Seelmann, Die ärztliche Begutachtung des Beginns der Invalidität. — Nr. 24: E. Giesberts, Fünfundzwanzig Jahre Sozialreform: O. Scheven. Zur Frage der ökonomischen Verordnungsweise bei den Krankenkassen mit freier Arztwahl: Tribius, Was die Knappschaftskassen leisten. — 1907. Nr. 1. G. Mikusch, Das österreichische Gesetz über die Pensionsversicherung der Privatangestellten: Stier-Somlo, Der augenblickliche Stand des Problems der Witwen- und Waisenversicherung. — Nr. 2: P. Lohmar. Der Industrielle und die Reform der Arbeiterversicherung: Stier-Somlo. Der augenblickliche Stand des Problems der Witwen- und Waisenversicherung.

Kommunale Praxis. 1906. Nr. 48: F. Kleeis, Die Gemeinden und die Krankenversicherung. — Nr. 50: P. Hirsch, Beiträge zur Schulgesundheitspflege. — 1907. Nr. 1: H. Lindemann, Verfassung und Verwaltungsorganisation der Städte in der Schweiz.

Soziale Kultur. 1906. Nr. 12: B. Schmittmann, Die Versorgung vorgeschrittener Lungenkranker: B. Schmidt-Blanke, Strafrecht und Verbrecherprophylaxe. 1907. Nr. 1: H. Rost, Vom Alkohol; K. Jowanowitsch, Die Heimstättenfrage.

Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. 1906. Nr. 8: Polligkeit, Das Mailänder Istituto Pedagogico Forense per la Redenzione dei Minorenni Traviati.

Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege. 1906. Nr. 4: G. Meyer, Die Entwicklung und zukünftige Ausgestaltung des Rettungs- und Krankenbeförderungswesens; G. Puppe, Über Gefängnishygiene; E. Arends, Zur Frage der Milchhygiene; Dosquet-Manasse, Vorschläge zur Entlastung der städtischen Krankenhäuser.

Tuberculosis. 1906. Nr. 10: Ve Conférence de l'Association Internationale contre la tuberculose. — Nr. 11: Fortsetzung aus Nr. 10.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. 1906. Nr. 20: E. Cramer. Augenverletzungen und Unfallheilkunde. — Nr. 22: F. Köhler, Die moderne allgemeine Behandlung der Lungentuberkulose, mit besonderer Berücksichtigung

der Heilstätten. — Nr. 24: R. Kutner, E. v. Bergmann und das ärztliche Fortbildungswesen; G. Meyer, E. v. Bergmann und das Rettungswesen: Th. Rumpf, Der Unterricht in der sozialen Medizin.

Zeitschrift für Medizinalbeamte. 1906. Nr. 21: F. Spaet, Über Gemeingefährlichkeit der Geisteskranken: F. Ahlfeld, Kreisarzt und Kindbettfieber. — Nr. 20: O. Rapmund, Das preußische Gesetz, betr: die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. — Nr. 22: R. Thomalla, Über Kreuzotterbisse. — Nr. 23: Über Trinkwasserleitungen des Kreises Simmern; Oehmke, Die milchhygienische Anstalt Hofstede-Oud-Bussem. — Nr. 24: F. Ahlfeld, Augenschutz der Neugeborenen, 1907. — Nr. 1: Klix, Die Säuglingssterblichkeit und ihre Bekämpfung in Posen.

Ärztliche Sachverständigen-Zeitung. 1906. Nr. 20: Ledderhose, Zur Frage der ärztlichen Behandlung der Unfallverletzten. — Nr. 21: Wiener, Unfall und Frauenkrankheiten. — Nr. 22: Schwechten, Invalidenfürsorge der Pensionskasse für die Arbeiter der preußisch-hessischen Eisenbahngemeinschaft. — Nr. 23: Mercklin, Sittlichkeitsvergehen. Zwangsvorstellungen; Eisenstadt, Eine populär-medizinische Enzyklopädie. — Nr. 24: Strauß, Über einige Fragen der Unfallbegutachtung bei Herzkrankheiten.

Prager medizinische Wochenschrift. 1906. Nr. 24: Zur Organisation der Distrikts- und Gemeindeärzte in Böhmen. — Nr. 32: F. Perko, Entwurf eines Landessanitätsgesetzes für das Königreich Böhmen. — Nr. 33: F. Perko, Fortsetzung aus Nr. 32. — Nr. 35: Kantor, Ärzte und gesundheitliche Volksaufklärung in Deutschböhmen. — Nr. 36: Kantor, Fortsetzung aus Nr. 35. — Nr. 37: F. Stein, Das ärztliche Berufsgeheimnis nach österreichischem Rechte. — Nr. 38: G. Weiß, Alhoholliteratur. — Nr. 39: J. Ekstein, Hygienische Betrachtungen. — Nr. 42: A. Marian, Über Krankenkassenstatistik im Aussiger Bezirke: A. Hartmann, Ärztliche Sonntagsruhe; G. Pick, Die freie Arztwahl in München. — Nr. 43: F. Perko, Kritische Bemerkungen zur Gründung des Reichsverbandes österreichischer Ärzteorganisationen in Wien. — Nr. 49: G. Pick, Die ärztliche Buchführung in der Privat- und Kassenpraxis.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. 1906. Nr. 9: J. Fabry, Zur Frage der Inskription unter sittenpolizeiliche Aufsicht mit besonderer Berücksichtigung Dortmunder Verhältnisse: J. Rutgers, Skizzen aus Holland. — Nr. 10: Galewsky, Über die Übertragung von Geschlechtskrankheiten beim Stillgeschäft; L. Bendix, Zur Verschwiegenheitspflicht der Ärzte. — Nr. 11: W. Erb, Zur Statistik des Trippers beim Manne und seiner Folgen für die Ehefrauen: E. Finger, Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten in Österreich.

Monatsschrift für Unfallkunde. 1906. Nr. 1: Liniger, Interessante Fälle aus der Unfallpraxis; C. Schmidt, Störungen in der Gewohnheit an körperliche Gebrechen und ihre Bedeutung für die Invalidenversicherung. — Nr. 3: G. Haag, Mitteilungen aus der Rechtspflege. — Nr. 4: Liniger, Fortsetzung aus Nr. 1. — Nr. 6: F. Honigmann, Die Verschlimmerung bösartiger Geschwülste als Unfallfolge. — Nr. 8: Ph. Kooperberg, Organisation des Medizinalwesens in bezug auf das Unfallgesetz in Holland: L. Feilchenfeld, Über die Verschlimmerung von Krankheiten des Zirkulationsapparates durch Unfälle. — Nr. 9: C. Thiem, Über den Einfluß der neueren deutschen Unfallgesetzgebung auf Heilbarkeit und Unheilbarkeit chirurgischer Krankheiten: Gaupp, Der Einfluß der deutschen Unfallgesetzgebung auf den Verlauf der Nerven- und Geisteskrankheiten; Bericht über den vom 10.—15. Sept. in Berlin abgehaltenen IV. internationalen Kongreß für Versicherungsmedizin. — Nr. 10: M. Nonne,

Über den Einfluß der Unfallgesetzgebung auf den Ablauf von Unfallneurosen. — Nr. 11: E. Cramer, Ausländische Ansichten über die Möglichkeit, Unfallverletzte zur Duldung von chirurgischen Eingriffen zu ihrem Besten zu zwingen.

Außerdem sind folgende Druckschriften eingegangen:

Jahresbericht der Deutschen Gartenstadt-Gesellschaft 1905—1906. — B. Kampffmeyer, Gartenstadt und Landeskultur. Flugschrift der deutschen Gartenstadt-Gesellschaft Nr. 10. Berlin-Schlachtensee 1906 (0,30 M.). — M. Hirschfeld, Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen. VIII. Jahrgang. Leipzig 1906. M. Spohr. — G. Cornet, Die Tuberkulose. 2. Aufl. 2 Hälften. Wien 1906. A. Hölder (32,00 M.). — E. Siefert, Über die Geistesstörungen der Strafhaft. Halle 1907. C. Marhold (6,00 M.). — G. v. Bunge, Die zunehmende Unfähigkeit der Frauen ihre Kinder zu stillen. 5. durch neues statistisches Material vermehrte Auflage. München 1907. E. Reinhardt (0,80 M.). — J. Bresler, Greisenalter und Kriminalität. Halle 1907. C. Marhold (1,80 M.). — A. Japha und H. Neumann, Die Säuglingsfürsorgestelle I der Stadt Berlin. Berlin 1906. S. Karger (2,00 M.). — G. Cornet, Die Prophylaxis der Tuberkulose. Separatabdruck aus G. Cornet, Die Tuberkulose, II. Aufl. Wien 1906. A. Hölder. — F. Hirschfeld Chronische Krankheiten und Lebensversicherung. Sonderabdruck aus Die Deutsche Klinik. Berlin und Wien 1906. Urban und Schwarzenberg. — F. Perutz. Medizinisches und Sozialhygienisches von der Jubiläumsausstellung in Nürnberg. Separatabdruck aus Münch. med. Wochenschr. 1906 Nr. 26. — A. Celli. Achter Jahresbericht der Italienischen Gesellschaft für Malariaforschung. Abdruck aus dem Zentralblatt für Bakteriologie etc XXXVIII. Band. Jena 1906. G. Fischer. — A. Holitscher, Gewerbliche Gesundheitslehre. Aus Bibliothek der gesamten Technik XIV. Band. Hannover 1907. Dr. M. Jänecke (2,60 M.). — J. Hampe. Über den Schwachsinn nebst seinen Beziehungen zur Psychologie der Aussage. Braunschweig 1907. F. Vieweg und Sohn (2,60 M.). — L. S. A. M. v. Römer, Beiträge zur Erkenntnis des Uranismus. Heft I: Die uranische Familie. Untersuchungen über die Ascendenz der Uranier. Leipzig und Amsterdam 1906. Maas und van Suchtelen (4,00 M.). — F. Dörbeck, Geschichte der Pestepidemien in Rußland von der Gründung des Reiches bis auf die Gegenwart. Abhandlungen zur Geschichte der Medizin. Heft XVIII. Breslau 1906. J. U. Kerns Verlag (6,00 M.). — J. L. Reimer, Grundzüge deutscher Wiedergeburt. 2. erweiterte Auflage. Leipzig 1906. Thüringische Verlagsanstalt (1,00 M.). — Grüllich, Ärztliche Hilfe, Kranke und Krankenkassen auf dem Lande. Frankfurt a. M. 1906. Verlag des Reformblatt für Arbeiterversicherung. Dr. E. Schnapper. — M. Sternberg, Erfahrungen über gewerbliche Bleivergiftungen in Wien. Separatabzug aus Das österreichische Sanitätswesen 1906 No. 32–39. — Ergebnisse des von der Landes-Versicherungsanstalt der Hansestädte eingeleiteten Heilverfahrens bei lungenkranken Versicherten bis Ende 1905. — Berichte und Verhandlungen des Vierten Internationalen Kongresses für Versicherungs-Medizin zu Berlin vom 10. bis 15. September 1906. II. Band. Berlin 1905. E. S. Mittler und Sohn. — Knöpfel, Zur Säuglingssterblichkeit in Hessen. Sonderabdruck aus der „Darmstädter Zeitung". — Soweit die eingesandten Publikationen aus Platzmangel in der „Zeitschrift für Soziale Medizin" nicht besprochen werden können, werden sie im „Jahresbericht über Soziale Hygiene, hrsg. von A. Grotjahn und F. Kriegel", der alljährlich im Juli erscheint, eine Besprechung finden. Daselbst vgl. auch Chronik, Kongresse, Gesetzestafel und vollständige Bibliographie der Sozialen Hygiene und Sozialen Medizin.

Umschau.

Berlin, den 25. April 1907.

Das Reichsamt des Innern hat den Entwurf eines Reichs-Apothekengesetzes der Öffentlichkeit übergeben. Die Annahme dieses Gesetzentwurfes würde die Errichtung von veräußerlichen und übertragbaren Realkonzessionen, die in Preußen bereits seit dem Jahre 1894 nicht mehr erteilt werden, auch für das übrige Reichsgebiet unmöglich machen. An den bereits erteilten Realberechtigungen, deren Anzahl in Preußen gegenwärtig noch 2736 beträgt, soll vorläufig reichsgesetzlich nichts geändert werden; doch soll den Inhabern von Apotheken eine Betriebsabgabe auferlegt werden, aus der ein Ankaufsfond zur Tilgung eines großen Teils der Apothekenberechtigungen angesammelt werden soll. Ein gesetzliches Vorkaufsrecht und eine Kontrolle der Abschätzung durch die Verwaltungsbehörde werden diesen Prozeß erleichtern. Alle bereits bestehenden landesrechtlichen Vorschriften, die schon gegenwärtig das Recht eines Realkonzessionärs zur Veräußerung seiner Konzession beschränken und die Umwandlung übertragbarer in nichtübertragbare Konzessionen bezwecken, werden von dem Gesetz nicht berührt. Der Grundzug des Gesetzes bezweckt also einen allmählichen Ersatz der zum Apothekenschacher führenden Realkonzession durch die Personalkonzession. Diese Tendenz ist selbstverständlich zu begrüßen. Doch darf nicht verschwiegen werden, daß auch diese Lösung der brennenden Apothekerfrage nur als eine provisorische angesehen werden kann. Auch die Personalkonzession ist und bleibt ein Privilegium, und Privilegien sollten im modernen Wirtschaftsleben niemals Privatpersonen sondern immer nur öffentlichen Institutionen zur Exploitation überlassen werden. Gerade der Apothekenbetrieb dürfte sich vorzüg-

lich entweder zur Verstaatlichung oder noch besser zur Kommunalisierung eignen, zumal die Apotheke in neuerer Zeit immer mehr den Charakter einer Produktionsstätte verliert und sich zu einer reinen Distributionsstätte von Heilmitteln entwickelt. Vorbildlich dürfte nach dieser Richtung sein, daß im Großherzogtum Hessen die neuerteilten Konzessionen größtenteils an Gemeinden vergeben sind, so daß hier bereits 13 Kommunalapotheken entstanden sind, mit denen man die besten Erfahrungen gemacht hat.

Der Beratung dieser und ähnlicher Vorlagen wird es zugute kommen, daß in den neuen Reichstag eine Anzahl von Ärzten gewählt sind, die sich auf fast alle Parteien verteilen, nämlich Arning-Nienburg (Nationalliberal), Höffel-Zabern (Freikonservativ), Leonhart-Husum (Freisinnige Volkspartei), Mugdan-Görlitz (Freisinnige Volkspartei), Ricklin-Altkirch (Centrum), Struve-Oldenburg (Freisinnige Vereinigung) und Rügenberg-Hagenau (Centrum). Diese erfreuliche Durchsetzung des Parlaments mit ärztlichen Elementen ist besonders für den Fall wichtig, daß dieser Reichstag über weitgehende Reformen des Krankenversicherungswesens oder gar die Vereinheitlichung des gesamten sozialen Versicherungswesens zu beschließen haben würde.

In Dänemark wird eine anthropometrische und anthropologische Massenuntersuchung der gesamten Bevölkerung vorbereitet. An der Spitze des leitenden Ausschusses stehen Generalstabsarzt H. Laub, der Statistiker H. Westergaard und der Anthropologe S. Hansen. Um eine Unterlage für die allgemeine Untersuchung zu gewinnen, hat man zunächst damit begonnen, isolierte kleine Bezirke gründlich zu studieren, indem man möglichst sämtliche Erwachsene beiderlei Geschlechtes einer anthropometrischen Aufnahme und einer anthropologischen Beschreibung unterzieht.

Auf Anregung des neuen Präsidenten des Reichsversicherungsamtes Kaufmann ist unter dem Titel „Monatsblätter für Arbeiterversicherung" eine neue Zeitschrift ins Leben gerufen worden, die sich die Verbreitung der Grundzüge der Arbeiterversicherung zum Ziele setzt und von den Mitgliedern des Reichsversicherungsamtes bearbeitet wird. Die neue Veröffentlichung dieser Zeitschrift soll die „Amtlichen Nachrichten" des Deutschen Reichsversicherungsamtes in volkstümlicher Weise ergänzen.

In der Genf erscheint seit Beginn dieses Jahres eine „Revue Suisse des Accidents du Travail" als deren Redakteure E. Patry, H. Secrétan, Ch. Julliard und L. Rehfous zeichnen.

Am 30. Januar 1907 ertrank in Sestri beim Baden im Mittelländischen Meere der Soziologe, Arzt und Anthropologe L. Woltmann im 36. Lebensjahre. Wenn auch die Bedeutung des Verstorbenen vornehmlich auf anthropologischem Gebiete liegt, so beklagt doch auch die Soziale Hygiene in ihm den Verlust eines der ihren, da Woltmann sowohl in seinem Hauptwerke über „Politische Anthropologie“ wie als Herausgeber der „Politisch-anthropologischen Revue“ der Sozialen Hygiene und zwar besonders dem Teile derselben, der sich mit dem Problem der körperlichen Entartung befaßt, manche anregende Erörterung gewidmet hat.

Am 14. Februar 1907 starb in Bonn J. von Rottenburg im 62. Lebensjahre. Der Verstorbene stand im Jahre 1881—1891 an der Spitze der Reichskanzlei und bewährte sich in dieser Stellung als einer der maßgebendsten Mitarbeiter des Fürsten Bismark auf dem Gebiete der sozialen Versicherungsgesetzgebung.

A. Grotjahn.

Die Lungenheilstättenbewegung im Lichte der Sozialen Hygiene.

Von Dr. med. A. Grotjahn, Berlin.

I.

Seitdem Brehmer und seine Schüler gezeigt haben, daß die diätetische Behandlung der Lungenkranken in besonderen Anstalten zahlreiche Patienten teils wirklich zu heilen, teils erheblich zu bessern imstande ist, kann die Notwendigkeit der Errichtung von Anstalten für Lungenkranke nicht mehr bestritten werden, auch nicht von denen, die den optimistischen Erwartungen bezüglich der Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit durch Anstalten, die für Patienten im Frühstadium bestimmt sind, skeptisch gegenüberstehen. Derartige optimistische Erwartungen sind bekanntlich von den agitatorisch so überaus rührigen Befürwortern der Lungenheilstätten gehegt worden. Die lebhafte Propaganda, deren Seele in Deutschland G. Pannwitz war und die ihre größte Kraftentfaltung in den Jahren erreichte, die auf den im Jahre 1899 in Berlin tagenden Kongreß zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit folgten, hat dazu geführt, daß in Deutschland eine achtunggebietende Zahl Lungenheilstätten von Vereinen, Kommunalbehörden und besonders von Landesversicherungsanstalten gegründet worden sind. Sie haben zahlreichen Patienten Segen gebracht; aber daß sie die Tuberkulose als Volkskrankheit auch nur im bescheidenen Maße eingedämmt hätten, kann nicht behauptet werden. Diese zwar nicht eingestandene, aber doch gefühlte Erkenntnis hat in den Kreisen, die für das Heilstättenwesen enthusiasmiert waren, gegenwärtig eine etwas niedergeschlagene Stimmung hervorgerufen. Doch dürfte eine pessimistische Auffassung jetzt wohl ebenso un-

berechtigt sein, wie es früher die übertriebenen Hoffnungen waren. Der Fehler liegt darin, daß die deutsche Lungenheilstättenbewegung sich auf das Heilen der Tuberkulose kapriziert hat und deshalb vorwiegend Anstalten für Patienten schuf, die noch im Frühstadium der Krankheit sich befanden, die vorgeschrittenen Fälle dagegen, die für die Verbreitung der Tuberkulose als Volkskrankheit ausschlaggebend sind, vernachlässigte. Lungenheilstätten für im Anfangsstadium Erkrankte sind notwendig, weil ein bescheidener Prozentsatz durch den Aufenthalt in denselben geheilt oder dauernd gebessert werden kann. Die Lungenheilstätten sind also nützlich, ja dringend erforderlich vom Standpunkte der Medizin und der Therapie. Fraglich ist nur ihr Wert vom sozialhygienischen Gesichtspunkte aus; denn das Sinken der Sterblichkeit an Tuberkulose ist auf ihre Wirksamkeit nicht zurückzuführen. Die Zahl von 30000 Plätzen, die für die Heilbehandlung zur Verfügung stehen, ist zwar absolut genommen höchst achtungswert, aber im Vergleich zu der Ausdehnung der Tuberkulose fast verschwindend.[1])

Der lähmende Einfluß dieser Erkenntnis ist auch in den Kreisen, die in dem im Jahre 1895 gegründeten Zentralkomitee zur Errichtung von Lungenheilstätten[2]) die Spitze ihrer Organisation sehen, bemerkbar. Das äußert sich zurzeit in der Bevorzugung der Errichtung von Fürsorgestellen, Tuberkulosemuseen und anderen kleinen Mitteln vor der Förderung des Baues neuer Anstalten. Die frühere Sicherheit und hochangesehene Stellung wird das Zentralkomitee erst zurückgewinnen, wenn es den Gedanken der Anstaltsbehandlung wieder in den Vordergrund der Betätigung stellt. Nur mit dem Unterschiede, daß jetzt die Asylisierung der Lungenkranken im vorgeschrittenen Stadium ebenso energisch propagiert werden muß, wie früher die Hospitalisierung der im Frühstadium Befindlichen. Einen Leitstern hierfür kann die Rede abgeben, die Robert Koch bei der Empfangnahme des Nobelpreises hielt,[3]) und die auffallenderweise weniger Beachtung gefunden hat als die gleichzeitigen Mitteilungen des nämlichen

---

[1]) B. v. Fetzer schätzt (Lungentuberkulose und Heilstättenbehandlung. Stuttgart 1900) die Zahl der Tuberkulösen in Deutschland auf etwa 1 Million. L. Brauer schätzt nach einer recht sorgfältigen Stichprobe die Zahl der in Baden im Jahre 1904 lebenden Lungenkranken aller Stadien auf 13650.

[2]) Seit 1906 ist die Bezeichnung in „Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose" abgeändert worden.

[3]) Deutsche medizin. Wochenschr., 1906, S. 89.

Forschers über Tropenkrankheiten, die für uns doch nur ein sekundäres Interesse haben. Robert Koch führte in schlichter aber überzeugender Weise aus, von welch großem Werte für die Eindämmung der Lungentuberkulose die Absonderung der vorgeschrittenen Fälle aus ihrer Umgebung sein würde. Er sagt: „Was soll nun mit den als gefährlich anzusehenden Kranken geschehen, sobald sie zur Kenntnis gekommen sind? Wenn es möglich wäre, sie sämtlich in Krankenhäusern unterzubringen und dadurch relativ unschädlich zu machen, dann würde die Tuberkulose sehr rasch abnehmen. Aber daran ist wenigstens zurzeit gar nicht zu denken. Die Zahl der Tuberkulösen, für welche Krankenhausbehandlung erforderlich sein würde, ist beispielsweise für Deutschland auf mehr als 200000 berechnet. Es würde unerschwinglicher Mittel bedürfen, um eine derartige Zahl von Kranken in Anstalten unterzubringen. Nun ist es aber auch gar nicht notwendig, daß sofort alle Tuberkulösen in Krankenhäuser gebracht werden. Wir dürfen auf eine Abnahme der Tuberkulose, wenn auch eine langsamere, rechnen, wenn ein erheblicher Bruchteil dieser Kranken Aufnahme in geeigneten Anstalten findet. Ich erinnere in dieser Beziehung an das so außerordentlich lehrreiche Beispiel der Leprabekämpfung in Norwegen. In diesem Lande hat man auch nicht alle Leprösen isoliert, sondern nur einen Bruchteil derselben, darunter aber gerade die besonders gefährlichen, und man hat damit erreicht, daß die Zahl der Leprösen, welche im Jahre 1856 noch fast 3000 betrug, zurzeit auf etwa 500 herabgegangen ist. Nach diesem Vorbilde sollte man auch in der Tuberkulosebekämpfung verfahren, und wenn man nicht alle Schwindsüchtigen berücksichtigen kann, so sollte man doch so viel als irgend möglich und darunter die gefährlichsten, das heißt die im letzten Stadium der Schwindsucht befindlichen, in Krankenhäusern unterbringen. In bezug hierauf geschieht an manchen Orten aber auch schon mehr, als man gewöhnlich annimmt. In der Stadt Berlin sind im letzten Jahrzehnt mehr als 40 Proz. der Schwindsüchtigen in den Krankenhäusern gestorben. Recht günstig müssen diese Verhältnisse auch in Stockholm sein, da Carlsson in seiner Schrift über die Tuberkulosebekämpfung in Schweden angibt, daß 410 Schwindsüchtige in den Krankenhäusern dieser Stadt verpflegt werden, was für eine Stadt von 300000 Einwohnern keine geringe Zahl ist. Die Anzahl der Schwindsüchtigen, welche auf solche Weise in Verhältnisse gebracht werden, unter denen sie nicht mehr anstecken können, ist doch eine recht erhebliche und kann

nicht ohne Einfluß auf den Gang der Seuche bleiben. Im Zusammenhange hiermit möchte ich Ihre Aufmerksamkeit auf eine Erscheinung lenken, welche die größte Beachtung verdient. Es ist dies der gleichmäßige und bedeutende Rückgang der Schwindsuchtssterblichkeit in einigen Ländern. In England ist diese Abnahme schon seit etwa 40 Jahren im Gange. Merkwürdigerweise ist dieselbe in Schottland geringer, und sie fehlt in Irland vollständig. Sehr ausgesprochen ist der Tuberkuloserückgang in Preußen. Während des Jahrzehnts von 1876—1886 stand die Schwindsuchtssterblichkeit noch gleichmäßig hoch. Von 1886 ab fiel sie dann aber von Jahr zu Jahr und ist bis jetzt um mehr als 30 Proz., also etwa um ein Drittel gesunken. Man hat ausgerechnet, daß infolgedessen, obwohl die Bevölkerungsziffer inzwischen gestiegen ist, jetzt in Preußen alljährlich etwa 20000 Menschen weniger an Schwindsucht sterben als vor 20 Jahren. In anderen Ländern, z. B. Österreich und Ungarn, ist die Schwindsuchtssterblichkeit auf der früheren bedeutenden Höhe geblieben. Es läßt sich schwer sagen, wodurch dies eigentümliche Verhalten der Tuberkulose in den genannten Ländern bedingt ist. Vermutlich haben mehrere Faktoren zusammengewirkt. Die Verbesserung der Lage der unteren Volksschichten namentlich in bezug auf Wohnungsverhältnisse und die bessere Kenntnis der Ansteckungsgefahr, welche den einzelnen veranlaßt, sich der Ansteckung nicht mehr ahnungslos auszusetzen, haben sicher das Ihrige getan, um die Tuberkulose abnehmen zu lassen. Aber ich bin fest davon überzeugt, daß *die bessere Fürsorge für die Schwindsüchtigen im letzten Stadium, nämlich ihre Unterbringung in Krankenanstalten*, die in England und in Preußen in verhältnismäßig großem Umfange geschieht, am meisten zur Besserung der Tuberkuloseverhältnisse beigetragen hat. Ich werde in dieser Meinung noch besonders durch das Verhalten der Tuberkulose in Stockholm bestärkt, wo, wie bereits erwähnt wurde, verhältnismäßig viel Schwindsüchtige in den Anstalten verpflegt werden, und wo auch im Laufe der letzten Dezennien die Schwindsuchtssterblichkeit um 38 Proz. herabgegangen ist. Hieraus sollen wir aber die Lehre entnehmen, daß auf diese Maßregel, nämlich die Unterbringung der Schwindsüchtigen in geeigneten Anstalten, im Kampfe gegen die Tuberkulose der größte Nachdruck zu legen ist, und man sollte noch viel mehr als bisher dafür sorgen, daß die Schwindsüchtigen nicht in ihren Wohnungen sterben, wo sie sich überdies meistens in hilfloser Lage und ohne ausreichende Pflege

befinden. Wenn nicht mehr wie bisher die Schwindsüchtigen als Unheilbare von den Krankenhäusern zurückgewiesen werden, sondern wenn wir ihnen die denkbar beste und unentgeltliche Pflege anbieten, in einzelnen Fällen sogar noch Heilung in Aussicht stellen können, wenn ferner für ihre Familien während der Krankheit gesorgt wird, dann wird nicht der geringste Zwang nötig sein, um noch viel mehr dieser unglücklichen Kranken zu veranlassen, die Krankenhäuser aufzusuchen, als es jetzt schon geschieht."

Heilungen und Besserungen werden in den Anstalten erzielt, aber sie sind nicht so zahlreich, daß sie gegenüber der Verbreitung der Lungentuberkulose in Frage kommen. Wirkliche Heilungen [1]) im medizinischen Sinne sind so selten bei den proletarischen Lungenkranken, auch wenn sie die Heilstätte passiert haben, daß sie auch von den begeistertsten Verfechtern nicht zum Beweis der Vorzüge der Anstaltsbehandlung vorgebracht worden sind. Weicker berechnet aus seinem Material, das mehr als 3000 Patienten umfaßt, einen Dauererfolg „von voller, resp. teilweiser Arbeitsfähigkeit im Durchschnitt von 6 Jahren" auf 41,6 Proz. (Beiträge zur Frage der Volksheilstätten, VIII, Leipzig 1903). Die vom Reichsversicherungsamt herausgegebenen „Amtlichen Nachrichten" verzeichnen einen Dauererfolg bei 40 Proz., der 2 Jahre nach dem Aufenthalt in der Heilstätte noch anhält, d. h. der noch nicht der Invalidisierung der Patienten gewichen ist. Dauererfolg ist hier aber gleich Arbeitsfähigkeit im Sinne des § 5 Abs. 4 des IVG. und bedeutet das Vermögen des Patienten, „durch eine seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechende Tätigkeit, die ihnen unter billiger Berücksichtigung ihrer Ausbildung und ihres bisherigen Berufes zugemutet werden kann, ein Drittel desjenigen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen".

Aus den zahlreichen Ermittlungen über die in den Lungenheilstätten erzielten Erfolge sind nur die von Wert, die sich auf

[1]) Unter Heilung versteht der gesunde Menschenverstand und mit ihm der exakte ärztliche Sprachgebrauch die dauernde Beseitigung eines krankhaften Zustandes. Es dient nur zur Verwirrung, wenn außer dieser Heilung im klinischen Sinne von einer „sozialen Heilung" gesprochen wird, worunter man dann die Wiedererlangung einer dauernden Erwerbsfähigkeit beim Fortbestehen der Krankheit selbst verstehen soll. Es ist deshalb zweckmäßig, das Wort „soziale Heilung" wieder aus dem Sprachschatz verschwinden zu lassen und sich mit dem Ausdruck „voraussichtlich dauernder Erwerbsfähigkeit" zu begnügen.

wirkliche Heilungen oder auf dauernde Besserungen bis zu einem Grade, daß noch im 5. Jahre nach der Heilstättenkur keine Invalidisierung eingetreten war, beziehen. Absolute Heilungen waren nach den Ermittlungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes nur bei 3,4 Proz. der Heilstättenpfleglinge zu konstatieren. Daß diese geringe Zahl auf den Gang der Tuberkulose als Volkskrankheit irgend welchen Einfluß gehabt haben könne, wird niemand behaupten wollen. Aber auch die Zahl derer, die so gebessert wurden, daß sie noch 5 Jahre nach der Kur nicht invalidisiert zu werden brauchten, beträgt durchschnittlich nur 31 Proz. Die Erzielung dieses Prozentsatzes ist nicht so besonders rühmenswert, wenn man bedenkt, daß die für die Heilstättenbehandlung ausgesuchten Fälle doch nur solche im Anfangsstadium waren. Daß diese auch ohne Lungenheilstättenbehandlung noch jahrelang arbeitsfähig sind, pflegt unter den Ärzten, die mit den besser gestellten Arbeiterkategorien beruflich zu tun haben, seit langem bekannt zu sein. Es ist unbegreiflich, wie man sich dieser Zahlen jemals hat freuen können. Sie sind doch eher niederschmetternd und haben für die Ausbreitung der Tuberkulose als Volkskrankheit wenig zu bedeuten. Zählen doch nach Köhler[1]) die Tuberkulösen, deren Leiden so vorgeschritten ist, daß sie Krankenhausbehandlung erfordern, im Deutschen Reiche mindestens 225000. Die Sterblichkeit allein an Tuberkulose betrug 2,25 ‰ bei einer Gesamtsterblichkeit von 21,8 ‰ in den Jahren 1894—1897. Wie skeptisch R. Koch über die hygienische Wirksamkeit der Lungenheilstätten für im Frühstadium befindliche Patienten denkt, geht aus folgenden Worten, die der nämlichen Stelle wie die oben zitierten entnommen sind, hervor. „Die Heilstätten wurden gegründet in der Erwartung, daß in ihnen ein großer, vielleicht der größte Teil der Schwindsüchtigen geheilt werden könne. Wenn diese Voraussetzung richtig wäre, dann würden die Heilstätten entschieden eine der besten Waffen im Kampfe gegen die Tuberkulose sein. Aber über die Erfolge der Heilstätten ist viel hin- und hergestritten. Von der einen Seite wurde behauptet, daß sie bis zu 70 Proz. Heilerfolge hätten, von der anderen Seite wurde ihnen jeder Erfolg abgestritten. Nun muß zugegeben werden, daß die 70 Proz. Erfolge sich nicht auf eigentliche Heilungen, sondern nur auf die Wiedergewinnung

---

[1]) Die Verbreitung der Lungenschwindsucht und der entzündlichen Erkrankungen der Atmungsorgane in den europäischen Staaten. Hrsg. vom Kaiserl. Gesundheitsamt. Berlin 1899.

der Erwerbsfähigkeit beziehen. Vom Standpunkte der Prophylaxis ist das aber kein Gewinn, da ein Kranker, welcher nicht vollkommen geheilt, sondern nur so weit gebessert ist, daß er für einige Zeit wieder erwerbsfähig wird, später in den Zustand der offenen Tuberkulose gerät und allen Folgen derselben, wie sie früher geschildert wurden, anheimfällt."

Die Anschauungen, die hier von kompetenter bakteriologischer Seite geäußert werden, sind von klinischer Seite schon früher nachdrücklich vertreten, aber nicht genug beachtet worden. In einer ruhigen, die Vorzüge und Lücken der vorbeugenden Heilstättenbehandlung vorsichtig gegeneinander abwägenden Schrift kam B. v. Fetzer[1]) schon im Jahre 1900 zu dem Schlußurteil, daß „die Heilstätten für Lungenkranke, auch wenn sie in großem Maßstabe eingeführt werden, zur Verminderung der Infektionsgefahr der Tuberkulose für die Gesamtheit des Volkes nichts oder doch nur in sehr geringem Maße beizutragen vermögen, ferner, daß selbst bei günstigen Erfolgen der Heilstättenbehandlung ein erheblicher nationalökonomischer Gewinn nicht zu erwarten steht, während durch die Schaffung von Volksheilstätten in einigermaßen zureichender Menge dem Volksvermögen sehr beträchtliche Opfer zugemutet werden und endlich, daß der — a priori nicht zu leugnende — erzieherische Wert der Heilstättenbehandlung voraussichtlich kein sehr großer sein wird, demnach die Heilstättenbehandlung, so hoch die humanitäre Bedeutung für die Erkrankten selbst anzuschlagen ist, für das soziale Erwerbsleben und das hygienische Wohl des Volkes doch nur von beschränkter Bedeutung bleiben wird." Aus neuerer Zeit möge hier noch die Stimme eines so erfahrenen Klinikers wie L. Brauer[2]) Platz finden, der über den Wert der Heilstättenbehandlung urteilt: „Die Heilstätte ist und bleibt eine humane Einrichtung; sie schafft einem Teile ihrer Pfleglinge Nutzen, sie verzögert damit für die Versicherungen die Auszahlnng einiger Renten und erhält dem Staate Arbeitskräfte. Die Heilstätte ist auch, ebenso wie viele andere Anstalten, befähigt, im Nebenamte sozialen Anforderungen allgemeiner Art, z. B. der Belehrung, zu dienen. Den wichtigsten Aufgaben der Antituberkulosebewegung aber dient die Heilanstalt nicht. Für die Bekämpfung der Tuber-

[1]) a. a. O. S. 68.

[2]) Der Einfluß der Krankenversorgung auf die Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, 1905, S. 97.

kulose als Volkskrankheit — für die Verhütung stets wiederkehrender neuer Erkrankungen — kommt dieselbe kaum in Betracht." Er empfiehlt dann auf das wärmste, möglichst viele fortgeschrittene Fälle der Anstaltsbehandlung zuzuführen und in kleinen einfachen Heimstätten zu asylisieren. „Es wäre sehr förderlich, wenn man diejenigen Kranken, welche aus dem Hause oder geschlossenen Fabrikräumen entfernt werden sollen, mit ihrem Einverständnisse schon vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit invalidisieren dürfte und wenn alsdann die Versicherungsanstalt als Äquivalent für diese vorzeitige Zuwendung von den Kranken die Übersiedelung in eine Heimstätte, resp. den Übergang in einen Beruf verlangen würde, in welchem sie die Gesunden nicht gefährden. Aus einem so gestalteten Vorgehen würde weiten Schichten der handarbeitenden ärmeren Bevölkerung ein tatsächlicher und beträchtlicher Tuberkuloseschutz erwachsen." Die ärztliche Leitung derartiger Heimstätten sollte nach Brauer dem Arzte des Ortes übertragen werden; es fällt dieses mit der Absicht zusammen, die einzelnen Heimstätten möglichst klein zu erbauen und lieber eine große Zahl derselben auf die Gemeinden zu verteilen. Es entsteht hierdurch für den Kranken der Vorteil, daß er mit seinem Beruf in Konnex bleiben kann. Die finanzielle Fundierung der Heimstätten ist, wie dieses in einzelnen Versuchen schon zur praktischen Tat wurde, durch Gewährung billiger Kapitalien seitens des Staates, der Versicherungsanstalten und Wohlfahrtsgesellschaften zu erleichtern. Aus den Einzahlungen der Pfleglinge würde für die Gemeinden eine geringe Verzinsung des angelegten Kapitals resultieren, wenn die Versicherungsanstalten in wachsender Zahl von dem ihnen zustehenden Rechte Gebrauch machten, ihren Rentenempfängern die Zuschüsse so lange zu erhöhen, als dieselben in den Heilstätten verbleiben.

Die wichtigste Infektionsquelle ist eben der Tuberkulöse im vorgeschrittenen Stadium. Die Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit muß hier ihren Hebel einsetzen. Das ist um so wichtiger geworden, seitdem die Untersuchungen R. Kochs und seiner Schüler wahrscheinlich gemacht haben, daß der Rindertuberkulose — was übrigens die Ergebnisse der Medizinalstatistik von vornherein wahrscheinlich machten — keine bedeutendere Rolle bei der Entstehung der menschlichen Tuberkulose zuzuweisen ist.[1])

---

[1]) Sehr lehrreich und in diesem Zusammenhange mitteilenswert sind die Beobachtungen und Maßnahmen, die der dänische Tierarzt B. Bang bei der von

Unter den Forschern, die sich mit der Ätiologie der Tuberkulose beschäftigen, ist der Streit, ob die Infektion oder die Veranlagung der wichtigste Faktor in der Entstehung der Lungenschwindsucht ist, noch nicht zum Austrag gekommen. Aber mit einer möglichst ausgebreiteten Detention der Tuberkulösen in Heimstätten können sowohl die Kontagionisten (R. Koch, Flügge, Cornet u. a.) wie die Dispositionisten (Hueppe, Gottstein, Riffel u. a.) zufrieden sein. Denn durch das Herausziehen der Tuberkulösen aus der übrigen Bevölkerung werden doch ohne Zweifel die Infektionsquellen bedeutend vermindert und zugleich wird, da die Insassen der Heimstätten zölibatär leben, auch die Weitergabe der konstitutionellen Minderwertigkeit im Wege des Erbganges vermieden. Treffen doch die meisten Todesfälle an Lungentuberkulose auf das Alter von 20—30 Jahren, nämlich im Deutschen Reiche allein 87000 im Durchschnitt der Jahre 1894 bis 1897, das sind 2,95 auf 1000 Lebende dieser Altersperiode und von 1000 Arbeitern, die im Alter von 20—30 Jahren invalide im Sinne des Invalidengesetzes geworden sind, sind mehr als die Hälfte infolge Lungentuberkulose invalide. Das Jahrzehnt von

---

ihm organisierten Bekämpfung der Tuberkulose der Rinder mittels Aussonderung gemacht hat (Tuberculosis, 1904, Nr. 5). Er hatte beobachtet, daß die Verbreitung der Tuberkulose beständeweise vor sich ging, daß Bestände tuberkulosefreier Tiere, die durch eigene Zucht ergänzt wurden, erst durchseucht wurden, wenn fremde Tiere, die so unerheblich krank waren, daß ihre Tuberkulose klinisch nicht zu erkennen war, den Beständen zugesellt wurden. Von 10344 Beständen, die Bang bis zum Januar 1904 mit Hilfe der Tuberkulinprobe untersuchte, erwiesen sich 2664, also mehr als der vierte Teil, als gesund. Er schloß aus seinen Beobachtungen, daß „1. Viehbestände, welche bislang gesund gewesen waren, in Zukunft tuberkulosefrei gehalten werden könnten, wenn man genau darüber wache, daß keine Ansteckung eingeschleppt würde und 2. es möglich sein müßte, allmählich einen tuberkulösen Bestand zu einem gesunden umzubilden, wenn man gleich nach der Geburt die nüchternen Kälber von den infizierten Müttern aus den infizierten Ställen wegnehmen würde und sie in einen seuchenfreien Raum bringen ließe und ihnen tuberkelfreie Milch geben würde“. Er empfahl daher, jeden Bestand durch die Tuberkulinprobe untersuchen zu lassen und die reagierenden Tiere von den nicht reagierenden abzusondern. Es genügte dazu häufig eine Teilung des gemeinschaftlichen Stalles durch eine dichtschließende Bretterwand. Das Personal darf nicht für beide Abteilungen das nämliche sein und im Sommer müssen die Tiere auf getrennten Weiden grasen. In der gesunden Abteilung muß jedes Tier halbjährlich der Tuberkulinprobe unterworfen werden, damit man sicher ist, daß die Tiere auch wirklich gesund sind und die Seuche sich nicht einschleicht. Mit staatlicher Unterstützung ist das Bangsche System in großem Umfange in Dänemark angewandt worden.

20—30 ist aber dasjenige, in dem die meisten Kinder der unteren Volksschichten erzeugt werden.

Während zurzeit in Deutschland etwa 80 Volksheilstätten mit ungefähr 7500 Betten, außerdem 31 Privatanstalten mit 2028 Betten und 13 Anstalten für tuberkulöse Kinder mit 500 Betten zur Verfügung stehen, sind erst vereinzelte Asyle geschaffen worden, die für Patienten bestimmt sind, bei denen eine Heilung ausgeschlossen erscheint. Aber gerade diese Versuche sind höchst beachtenswert, da sie den Anfang einer rationellen Bekämpfung der schrecklichen Volkskrankheit durch das Anstaltswesen darstellen; sie werden im folgenden, den Kosten der Anstalten für Lungenkranke gewidmeten Abschnitte des näheren besprochen werden. Hängt ja doch gerade von der Lösung der Kostenfrage die Möglichkeit ab, die Heimstätten für Tuberkulöse in einem Maße zu verallgemeinern, daß daraus ein wesentlicher sozialhygienischer Vorteil auch für den gesunden Teil der Bevölkerung resultiert.

II.

Da die Lugentuberkulose so überaus häufig ist, wird die wünschenswerte Verallgemeinerung der Anstalten für Lungenkranke natürlich große Kosten verursachen. Um so wichtiger ist es, hier zu verlangen, daß die Erreichung des Zweckes unter Aufwendung der geringsten Mittel geschehe. Auf keinen Fall darf das Grundgesetz jeder sozialhygienischen Maßnahme vernachlässigt werden: man suche den billigsten, aber gerade noch den vorgesetzten Zweck erreichenden Typus und verallgemeinere ihn, ohne seine Extensität durch Verfeinerung der einzelnen Einrichtungen zu beeinträchtigen. Leider ist dieses wichtige Gesetz von der Ausbildung und dem Festhalten des billigsten Typus und von der Bevorzugung der Extensität vor der Intensität in der Lungenheilstättenbewegung unserer Tage gröblich vernachlässigt worden. Es ist gewiß kein Zufall, daß die Bewegung zur Errichtung von Lungenheilstätten gerade zu einer Zeit abflaute, in der einige Landesversicherungsanstalten so luxuriöse und in Bau und Betrieb so teure Anstalten gründeten, daß mit bescheideneren Mitteln arbeitende Faktoren kleinmütig gemacht und vom Bau einfacher Anstalten abgeschreckt

Tabelle über die Kosten der von den Landesversicherungsanstalten in eigener Regie errichteten und betriebenen Lungenheilstätten.

	Eröffnungsjahr	Zahl der Betten	Grunderwerb insgesamt	Baukosten insgesamt	Baukosten pro Bett	Inventar insgesamt	Inventar pro Bett	Baukosten und Inventar insgesamt	Baukosten und Inventar pro Bett	Kur- und Verpflegungskosten pro Verpflegungstag	Naturalverpflegungskosten pro Verpflegungstag
Stiege, Albrechtshaus, Lungenheilstätte der L.-A. Braunschweig f. männl. Lungenkranke	1897	86	—	161 525	1 878	30 465	354	191 990	**2 232**	3,21	1,93
Schwarzenbach b. Clausthal, Lungenheilst. d. L.-A. Hannover f. männl. Lungenkranke	1899	70	11 000	155 200	2 217	38 800	554	194 000	**2 771**	3,05	1,40
Königsberg b. Goslar, Lungenheilstätte d. L.-A. Hannover f. männl. Lungenkranke . .	1895	70	13 500	189 000	2 700	42 000	600	231 000	**3 300**	3,12	1,37
Erbprinzentanne b. Zellerfeld, Lungenheilstätte d. L.-A. Hannover f. weibl. Kranke .	1902	57	42 900	159 500	2 798	45 400	797	204 900	**3 595**	2,88	1,41
Glückauf b. Blankenburg, Lungenheilstätte d. L.-A. d. Hansastädte f. weibl. Kranke . .	1900	100	10 000	544 000	5 440	55 676	557	599 676	**5 997**	4,64	1,57
Obornik b. Posen, Lungenheilstätte d. L.-A. Posen f. männl. Kranke	1903	100	38 000	560 000	5 600	66 000	660	626 000	**6 260**	—	—
Die Knappschaftsheilstätte Sülzheyn b. Ellrich a. Harz f. männl. Patienten	1898	130	29 000	822 000	6 323	64 000	492	886 000	**6 815**	—	—
Die Knappschaftsheilstätte in Beringhausen f. männl. Kranke	1904	130	104 000	840 000	6 461	105 000	808	945 000	**7 269**	—	—
Oderberg, Lungenheilstätte der L.-A. der Hansestädte f. männl. Kranke	1897	114	40 000	754 000	6 614	91 000	798	845 000	**7 412**	5,33	2,00
Friedrichsheim b. Marzell, Lungenheilst. d. L.-A. Baden f. männl. Kranke	1899	170	27 000	1 294 000	7 612	125 000	735	1 429 000	**8 347**	4,92	2,37
Sandbach, Lungenheilstätte d. L.-A. d. Grh. Hessen f. männl. Kranke	1901	110	30 000	1 108 000	10 073	162 000	1473	1 270 000	**11 546**	5,12	1,75
Beelitz (Mark), Lungenheilst. d. L.-A. Berlin	1902	300	—	4 190 000	14 000	—	—	—	—	4,31	1,32

Tabelle über die Kosten einiger von Wohlfahrtsvereinen errichteten und betriebenen Lungenheilstätten.

	Jahr der Eröffnung	Zahl der Betten	Grunderwerb insgesamt	Baukosten insgesamt	Baukosten pro Bett	Inventar insgesamt	Inventar pro Bett	Baukosten und Inventar insgesamt	Baukosten und Inventar pro Bett
Sächsische Volksheilstätte Albertsberg für männliche Patienten	1897	121	600	370 000	3058	40 000	330	410 000	**3388**
Augusta Viktoria-Stift in Lippspringe für männliche Lungenkranke	1901	119	—	385 000	3235	56 000	470	441 000	**3705**
Grabowsee, Volksheilstätte v. Roten Kreuz für männliche Kranke	1896	189	11 000	740 000	3915	75 000	397	815 000	**4312**
Oberkaufungen bei Kassel, Volksheilstätte des Roten Kreuzes	1900	112	4 000	523 000	4669	47 000	419	570 000	**5088**
Vogelsang (b. Magdeburg), Heilstätte des Vaterländ. Frauenvereins der Prov. Sachsen f. weibl. Lungenkranke	1899	164	14 000	687 000	4189	192 000	1171	879 000	**5360**
Die Frankfurter Heilstätte Ruppertshain im Taunus f. weibl. Lungenkranke	1885	138	51 000	656 000	4754	95 000	688	751 000	**5442**
Luise Gueury-Stiftung in München-Gladbach f. weibl. Lungenkranke	1904	83	40 000	439 000	5288	40 000	482	470 000	**5770**
Lungenheilstätte Holsterhausen b. Werden a. d. Ruhr f. männl. Lungenkranke	1902	112	215 000	630 000	5625	70 000	625	700 000	**6250**
Heilstätte Moltkefels in Nieder-Schreiberhau im Riesengebirge f. männl. Lungenkranke	1904	100	69 000	700 000	7000	103 000	1030	803 000	**8030**

worden sind. Höchste technische Vollkommenheit, die den Kranken gewiß jeder gönnt, die aber doch nicht unbedingt zur Erreichung des Zweckes erforderlich ist, kann infolge der damit verbundenen Verteuerung geradezu zum Hindernisgrund der Verallgemeinerung der Anstalten für Lungenkranke werden. In den 8 Jahren von 1898—1905 haben die Landesversicherungsanstalten nicht weniger als 33 Millionen für den Bau von Heilstätten und 35 Millionen für ihren Betrieb ausgegeben.

In den vorstehenden Tabellen sind nach den vom Zentralkomitee zur Errichtung von Lungenheilstätten herausgegebenen Berichten die Kosten einer Anzahl von Lungenheilstätten zusammengestellt worden. In der ersten Tabelle sind die Anstalten verzeichnet, die von den Landesversicherungsanstalten in eigener Regie verwaltet werden; ihnen sind zwei Knappschaftsheilstätten zugefügt worden. In der zweiten Tabelle sind die Angaben über einige Anstalten zusammengestellt, die von Wohlfahrtsvereinen gegründet worden sind, die aber deshalb der Beziehungen zu den Landesversicherungsanstalten nicht entbehren, weil letztere eine große Zahl von Patienten dahin abzugeben pflegen. Will man die einzelnen Anstalten bezüglich ihrer Kostspieligkeit miteinander vergleichen, so empfiehlt es sich, die Kosten für den Grunderwerb außer Betracht zu lassen, weil einige Anstalten den Baugrund unentgeltlich erhielten, andere eine geringe jährliche Pacht dafür entrichten und noch andere ihn teuer bezahlen mußten. Zum Vergleich eignet sich wohl am besten die Summe, die zusammen für Baukosten und Inventar gezahlt worden ist, dividiert durch die Anzahl der Betten. In unseren Tabellen ist diese Zahl in der neunten Kolumne aufgeführt. Ein Blick auf letztere zeigt uns, daß der Aufwand pro Bett bei den einzelnen Anstalten in einer Weise differenziert, wie er wohl kaum allein durch die sachlichen Anforderungen zu rechtfertigen ist. Man sieht deutlich, wie sich insbesondere die Landesversicherungsanstalten von Jahr zu Jahr im Aufwande überboten haben.

Um eine Vorstellung von den speziellen Kosten der Anstaltsbehandlung der Lungenkranken, die auf Kosten der Landesversicherungsanstalt eine vorbeugende Heilbehandlung genießen, zu bekommen, seien diese hier von den hanseatischen Anstalten wiedergegeben.

Die Heilstätte Glückauf für weibliche Lungenkranke zählte nach dem Jahresbericht der hanseatischen Versicherungsanstalt im Jahre 1905 bei 100 Betten 25784 Verpflegungstage. Die Kosten verteilten sich folgendermaßen:

	im ganzen Mk.	Pfg.	auf das Bett Mk.
a) Persönliche Kosten (Gehälter, Löhne und sonstige Ausgaben)	13 921	60	139
b) Kosten der Beköstigung	36 872	98	369
c) Bedürfnisse für Reinigung der Wäsche, der Möbel, der Zimmer etc.	597	85	60
d) Instandhaltung und Ergänzung der Bekleidungsstücke	4 862	91	49
e) Kosten der Hin- und Rückreise	10 657	—	107
f) Arzneien, Verbandstoffe, an Instrumenten . .	1 922	24	20
g) Heizungs- und Beleuchtungsbedürfnisse einschließlich Kosten der Reinigung und Unterhaltung der dafür bestehenden Einrichtungen und Anlagen	13 234	17	132
h) Unterhaltung der Gebäude, Einfriedigungen, Gartenanlagen, Wege, Wasserleitungsanlagen und aller maschinellen Einrichtungen . . .	8 495	12	85
i) Kosten der Feuerversicherung für Gebäude und Inventar	324	15	
k) Unterhaltung des Inventars und Ergänzung desselben	2 020	83	20
l) Für die zur geselligen und belehrenden Unterhaltung etc. der Pfleglinge angeschafften Bücher, Noten, Gesellschaftsspiele, Lehrmittel und Schreibutensilien, ferner für Ausflüge der Kranken und die Kosten der Weihnachtsfeier	498	33	5
m) Bureaubedürfnisse, Postgebühren, Fernsprechanschluß und sonstige verwandte Ausgaben .	438	96	4
n) 3 Proz. Verzinsung des Anlagekapitals und 1 Proz. des Bauwertes	23 042	—	230
o) Nicht vorgesehene Ausgaben	376	40	—
p) Aufwendungen für die Gartenwirtschaft . .	4	65	4
	117 269	19	

Hiernach würde auf den Verpflegungstag ein Durchschnittsaufwand von ungefähr 4,54 Mk. entfallen.

Die Heilstätte **Oderberg** für männliche Lungenkranke der nämlichen Versicherungsanstalt erforderte im Jahre 1905 bei 35 954 Verpflegungstagen und 114 Betten:

	Mk.	Pfg.
a) Persönl. Kosten (Gehälter, Löhne und sonstige Ausgaben)	31 049	99
b) Kosten der Beköstigung	78 695	86
c) Bedürfnisse für Reinigung der Wäsche, der Möbel, der Zimmer etc.	1 430	45
Übertrag:	111 176	30

	Mk.	Pfg.
Übertrag:	111 176	30
d) Instandhaltung und Ergänzung der Bekleidungsstücke, des Schuhwerks und der Leibwäsche der Pfleglinge, einschließlich der Vervollständigung der Kleidung vor Antritt der Reise	5 309	49
e) Kosten der Hin- und Rückreise	15 374	95
f) Arzneien, Verbandstoffe, Spuckfläschchen, sowie Bedürfnisse an Instrumenten und wissenschaftlichen Werken des Arztes	1 662	56
g) Heizungs- und Beleuchtungsbedürfnisse einschließlich der Kosten der Reinigung der dafür bestehenden Einrichtungen und Anlagen	24 737	20
h) Unterhaltung der Gebäude, Einfriedigungen, Gartenanlagen, Wege, Wasserleitungsanlagen und aller maschinellen Einrichtungen	9 974	84
i) Kosten der Feuerversicherung für Gebäude und Inventar	520	80
k) Unterhaltung des Inventars und Ergänzung desselben	4 369	67
l) Für die zur geselligen und belehrenden Unterhaltung etc. der Pfleglinge angeschafften Bücher, Noten etc. . . .	723	19
m) Bureaubedürfnisse, verwandte Ausgaben	1 124	88
n) 3 Proz. Verzinsung des Anlagekapitals und 1 Proz. des Bauwertes	32 168	75
o) Nicht vorgesehene Ausgaben	174	26
p) Kosten der Viehhaltung, Landwirtschaft und des Fuhrwerks	23 595	39
	230 912	28

Hiernach würde auf den Verpflegungstag ein durchschnittlicher Aufwand von ungefähr 6,42 Mk. kommen.

Daß man auch billiger wirtschaften kann, zeigt der Rechnungsabschluß der Nürnberger Heilstätte Engelthal für 1903. Es wurden hier verausgabt:

	Mk.	Pfg.
Auf den Bestand der Vorjahre	92	88
Auf Haus und Garten	3 047	79
Auf die Verwaltung:		
Besoldungen und Remunerationen	11 838	55
Für Versicherung des Personals	202	36
Sachliche Ausgaben	1 048	63
Auf den Zweck der Anstalt:		
Verköstigung	37 000	95
Heilpflege	1 473	—
Auf Wäsche	199	87
Auf Beheizung	3 896	77
Auf Beleuchtung	1 087	38
Übertrag:	59 888	18

	Mk.	Pfg.
Übertrag:	59 888	18
Auf Reinigung und Wäscherei	825	69
Auf Gerätschaften	1 296	62
Sonstiges für die Hauswirtschaft	84	75
Unterhalt eines Fuhrwerks (2 Pferde)	1 676	96
Mobiliar-Feuerversicherung	133	80
Akkumulatorenversicherung	265	—
Rückzuersetzende Barauslagen	3 544	05
Sonstige Ausgaben (Christbescherung etc.)	584	27
Abschreibungen für den Erneuerungsfonds	1 500	—
Summa der Ausgaben:	69 799	32

Da 22046 Pflegetage gezählt wurden, entfällt auf jeden ein durchschnittlicher Aufwand von 3,17 Mk. Auf das zur Verpflegung verwandte Rohmaterial kam 1,32 Mk. pro Kopf und Tag der Kranken und des Personals.

In einigen außerdeutschen Ländern hat man die Volksheilstätten für Lungenkranke erheblich billiger hergestellt als in Deutschland. So hat Schmid[1]) auf der oben erwähnten Konferenz erklärt, daß guteingerichtete Volksheilstätten in der Größe von 80—120 Betten wohl zu 4500—5500 Fr. ohne Terrain hergestellt werden könnten. Er gibt über die Schweizerischen Lungenheilstätten folgende Tabelle:

	Zahl der Betten	Baukosten pro Bett Fr.	Kosten für Inventar pro Bett Fr.	Verpflegungskosten auf den Tag i. Jahre 1905 Fr.
Leysin	120	3727	449	3,12
Heiligenschwendi . . .	141	4191	497	2,20
Wald	100	4880	700	2,96
Basler	90	5433	1111	4,15
Clairmont	60	5394	909	
Braunwald	33	5506	576	

Auch die vier Nationalvereinssanatorien in Dänemark mit zusammen 350 Betten haben ohne Terrain durchschnittlich nur 3500 Mk. pro Bett gekostet und erheischen an Verpflegungskosten nur 2,45 Mk. täglich.

[1]) Tuberculosis, VI, Nr. 1, 1907.

Außerordentlich billiger stellt sich die Errichtung von Heimstätten für Lungenkranke, falls man, was durchaus zulässig ist, ältere Baulichkeiten, die zuvor anderen Zwecken gedient haben, benutzt, denn erfahrungsgemäß wird ein Neubau zu Anstaltszwecken stets üppiger und damit auch teurer ausfallen, als es zur Erreichung seines Zweckes dringend erforderlich ist. So kostete die eigens erbaute Berliner städtische Heimstätte für Lungenkranke in Buch pro Bett 10000 Mk., während die auf den Rieselgütern Malchow, Blankenburg und Blankenfelde belegenen Anstalten, die alte Herrschaftshäuser benutzten, sich nicht nur bei der Gründung sondern auch bei der Einrichtung und beim Betriebe wesentlich billiger stellten.

Auf der Internationalen Tuberkulosekonferenz im Haag im September 1906 sprach sich Pannwitz in einem Referat über die Pflegekosten der Deutschen Lungenheilstätten dahin aus, daß diese im Durchschnitt 3—4 Mk. betrügen und die Rohmaterialien zur Nahrung nicht billiger als für 1,50—1,60 Mk. täglich zu beschaffen seien. Wenn dieses in der Tat der Fall wäre, so würde damit eine nennenswerte Verallgemeinerung der Anstalten für Lungenkranke geradezu ausgeschlossen sein, denn es würde ja dann das Rohmaterial für die Ernährung eines der arbeitenden Bevölkerung angehörigen Heimstättenpfleglings erheblich teurer sein, als das, was im Familienbetriebe für ein Mitglied einer Familie des wohlhabenden Mittelstandes in Betracht kommt. Der Verwaltungstechnik, die in unseren Lungenheilstätten Platz gegriffen hat, stellen diese Angaben ein bedauerliches Zeugnis der Irrationalität aus. Wenn die Anstalten für Lungenkranke erst ihren luxuriösen Anstrich aufgegeben haben und die an sich dankenswerte Bewegung, die zu ihrer Errichtung führte, erst aus dem Stadium der Überschwenglichkeit in das der Bescheidenheit eingetreten sein wird, dürften die in Betracht kommenden Faktoren von den Erfahrungen, die im übrigen Anstaltswesen gemacht worden sind, wohl noch manches profitieren können und lernen, daß man auch mit der Hälfte der obigen Summe einen Kranken schmackhaft und ausreichend zu ernähren vermag.

Für eine weitgehende Verallgemeinerung ist also der Typus der großen, mit allen technischen Errungenschaften der Neuzeit versehenen Lungenheilstätte, wie ihn besonders unsere Landesversicherungsanstalten ausgebildet haben, zu teuer. Doch braucht man sich gerade darüber deshalb nicht aufzuregen, weil, wie wir gesehen haben, die Verallgemeinerung dieses Typus zur Bekämpfung

der Tuberkulose als Volkskrankheit überhaupt nicht angezeigt erscheint. Die Frage, ob diese Anstalten zu teuer wirtschaften, bleibt deshalb eine interne, deren Beantwortung man den Behörden überlassen kann, die die Kosten und die Verantwortung für diese Anstalten tragen. Übrigens erscheinen die Kosten nicht so hoch, wenn man sie auf den einzelnen Kranken bezieht. Gebhard[1]) berechnet den Durchschnittsaufwand für je einen von der Landesversicherungsanstalt der vorbeugenden Heilbehandlung zugeführten Kranken im Jahre 1903 auf 367,75 Mk. oder, wenn man die Wiederholungskuren mitrechnet, auf 434 Mk. Diese Summe ist nicht so hoch, als daß man sie nicht schon im Interesse des Individuums anzuwenden verpflichtet wäre, da ja es nicht ganz ausgeschlossen ist, daß der Patient vollkommen geheilt wird und die Wahrscheinlichkeit besteht, daß der Patient zu dem Drittel von Lungenkranken gehört, deren Krankheit durch eine Heilstättenkur in einem Grade aufgehalten wird, daß ihre Invalidisierung einige Jahre später erfolgt.

Wer der Ansicht ist, daß durch eine wenige Monate währende Kur in einer Lungenheilstätte ein erheblicher Teil der Tuberkulösen dauernd geheilt werden kann, der wird sich über die großen Kosten, die diese Heilstätten verursachen, nicht aufregen, denn wirkliche und dauernde Heilungen wären eines erheblichen Kostenaufwandes wohl wert. Nachdem sich aber herausgestellt hat, daß diese Heilungen doch nicht zahlreich genug sind, um numerisch ins Gewicht zu fallen oder gar die Behauptung zu rechtfertigen, daß die Heilstätten in der Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit von wesentlicher Bedeutung sind, gewinnt die Kostenfrage denn doch ein erhebliches Interesse. Hat sich die Anschauung erst mehr Bahn gebrochen, daß weniger eine allgemeine Hospitalisierung der Leichterkrankten als vielmehr eine weitgehende Asylisierung der Patienten im vorgeschrittenen Stadium anzustreben ist, dann ist es von größter Wichtigkeit hinzuzufügen, daß diese Asyle doch erheblich billiger zu errichten und zu betreiben sind als unsere luxuriösen Heilstätten. Wir müssen uns nur vollständig von dem Gedanken befreien, in diesen Vorbilder für jene Asyle zu sehen, und uns vielmehr nach solchen an anderer Stelle umsehen. Man kann gar nicht energisch genug Widerspruch dagegen einlegen, daß man den kostspieligen Typus unserer Lungenheilstätten auch auf die Invalidenheime für Lungenkranke anwendet,

---

[1]) Der Stand der Tuberkulosebekämpfung in Deutschland. Verlag des Zentralkomitees, 1905.

wie das in der Tat bereits von den beiden wohlhabendsten Landesversicherungsanstalten Deutschlands geschehen ist.

Die Landesversicherungsanstalt Berlin[1]) hat im Jahre 1901 in Lichtenberg bei Berlin ein Invalidenhaus für 20 Pfleglinge mit einem Kostenaufwande von 71 000 Mk. errichtet. Es war dies der erste Versuch, welcher von einer deutschen Versicherungsanstalt mit der neuen Einrichtung gemacht wurde. Das Haus wurde für 20 Betten eingerichtet. Das Grundstück ist 1 700 Quadratruten groß, die eine Hälfte dient den Zwecken des Invalidenhauses, die andere Hälfte findet Verwendung für eine Heilstätte für Geschlechtskranke. Das eigentliche Invalidenhaus ist in einer ehemaligen herrschaftlichen Villa untergebracht, die für diesen Zweck umgebaut wurde. Nach dem Verwaltungsbericht über 1904 (S. 111) betragen die Gesamtkosten (vermutlich einschließlich Verzinsung und Amortisation des Anlagekapitals) 41 319 Mk., das ist pro Bett rund 2066 Mk., also eine unverhältnismäßig hohe Summe. Auch in diesem kleinen Invalidenheime kamen fünf Todesfälle vor, ein Hinweis, daß diese Pflegeheime auf keinen Fall groß sein dürfen, da sie sonst unter allen Umständen allein infolge ihrer Größe und der unvermeidlich vorhandenen Zahl der Todesfälle den Charakter von Sterbehäusern annehmen. Als vorbildlich kann dieser Versuch der Berliner Landesversicherungsanstalt nicht hingestellt werden, da die Kosten pro Bett viel zu hoch sind, als daß diese Art Pflegeheime eine Verallgemeinerung finden könnten.

Auch die hanseatische Versicherungsanstalt hat unter Direktor Gebhard ein Invalidenheim, Groß-Hansdorf bei Hamburg, errichtet. Es wurde ein Grundstück ausgewählt, das die Größe von rund 22,5 ha hat. Davon werden nur etwa 1,5 ha noch als Ackerland benutzt; von dem übrigen Grundstück umfassen etwa 0,75 ha den Obstgarten und 0,25 ha kleine Stücke, die solchen Kranken, welche es wünschen, zur Blumenzucht und Gemüsebau überlassen werden. Das Invalidenheim sollte nach seiner vollständigen Aus-

[1]) Die Befugnis der Landesversicherungsanstalten, den Rentenberechtigten statt der Rentenzahlung Heimstättenpflege zu gewähren, stützt sich auf § 25 des Invalidengesetzes, welches bestimmt, daß „auf Grund statutarischer Bestimmung der Versicherungsanstalt der Vorstand einem Rentenempfänger auf seinen Antrag an Stelle der Rente Aufnahme in einem Invalidenhaus oder in ähnlichen von Dritten unterhaltenen Anstalten auf Kosten der Versicherungsanstalt gewähren kann. Der Aufgenommene ist auf ein Vierteljahr und, wenn er die Erklärung nicht einen Monat vor Ablauf dieses Zeitraumes zurücknimmt, jedesmal auf ein weiteres Vierteljahr an den Verzicht der Rente gebunden.“

gestaltung etwa 200 Kranken Unterkunft gewähren. Es wurde aber lobenswerterweise Abstand davon genommen, ein alle Kranken umfassendes großes Gebäude zu errichten, vielmehr sollten, verteilt auf dem Grundstück und jedes gleichsam für sich gelegen — etwa sechs — Wohnhäuser errichtet werden, je eines für 25—35 Kranke. Die Kosten für den Erwerb des Grundstücks (in der Größe für die beabsichtigte Gesamtanlage) stellten sich auf rund 72700 Mk., die Aufwendungen für die Bauten und sonstigen Anlagen auf rund 188600 Mk. und die Kosten der Inventarbeschaffung auf rund 22700 Mk. Die gesamten bisherigen Anlagen haben mithin einen Aufwand von rund 284000 Mk. erfordert. Wenn die Anstalt den beabsichtigten Umfang erhalten sollte, so würden noch aufzuwenden sein für jedes der übrigen fünf Wohnhäuser je 75000—85000 Mk. und für die innere Ausstattung je 15000 Mk.; für die Erweiterung der Nebenanlagen (Kläranlagen, Wasserreservoir u. dgl.) 50000 bis 60000 Mk. Die Gesamtkosten der ganzen Anlage würden sich dann auf etwa 800000 Mk. stellen. Auf jedes der 200 Krankenbetten würde demnach ein Kostenaufwand von etwa 4000 Mk. entfallen. Die Kosten des Betriebes der Anstalt haben sich im Jahre 1904 so gestellt, daß die nach Rückrechnung der Betriebseinnahmen sich ergebenden Gesamtkosten einschließlich der Verzinsung des bis jetzt aufgewandten Anlagekapitals 35661,57 Mk. ausgemacht haben. Der Pflegetag (insgesamt 8092 Pflegetage wurden 1904 verabreicht) stellte sich demnach auf 4,40 Mk. und unter Weglassung der auf den Pflegetag 1,19 Mk. ausmachenden Kosten der Verzinsung des Anlagekapitals auf 3,21 Mk. Da in dem Invalidenheime nur Personen verpflegt werden, welchen bereits Invalidenrente bewilligt ist, und die Verpflegung in dem Invalidenheime an die Stelle des Rentenbezuges tritt, so steht für die Landesversicherungsanstalt dem Aufwande für den Betrieb des Invalidenheimes die Einnahme (oder eigentlich Minderausgabe) gegenüber, welche durch den Wegfall des Bezuges der Invalidenrenten entsteht. Der Gesamtbetrag dafür belief sich 1904 auf 3805,33 Mk. Für die Landesversicherungsanstalt stellte sich die Sache also so, daß im Jahre 1904 einer Minderausgabe an Renten von 3805,33 Mk. eine Ausgabe für den Betrieb des Invalidenheimes in Höhe von 35661,57 Mk. gegenüberstand. Trotz dieses enormen Aufwandes von Mitteln ist es dem Invalidenheim nicht gelungen, genügend Rentenempfänger zum Eintritt zu veranlassen. Der neueste Verwaltungsbericht muß erklären, daß „das ganze Jahr 1905 hindurch durchschnittlich nur etwa $^2/_3$ der vorhandenen 31 Plätze besetzt waren.

Die einsame Lage der Anstalt, die für die Pfleglinge im Interesse der Disziplin und der Abschließung erlassenen Bewegungsbeschränkungen und nicht zum wenigsten die naturgemäß öfter in der Anstalt eintretenden Todesfälle haben wohl manchen zur Aufnahme geeigneten Rentenempfänger abgeschreckt, das ihm bei Bewilligung der Rente mitgesandte Aufnahmeantrags-Formular zu unterschreiben und einzureichen. Auch von den im Berichtsjahre zur Aufnahme gelangten Pfleglingen hat eine Anzahl nach mehr oder minder kurzem Aufenthalt in der Anstalt das Verhältnis wieder gelöst, so daß das Invalidenheim nur mit einem Bestande von 18 Pfleglingen in das neue Geschäftsjahr eingetreten ist." Danach dürfte der Versicherungsanstalt wohl die Lust benommen worden sein, das Invalidenheim für 200 Betten auszubauen. Verständlich wird das Verhalten der Rentenempfänger, wenn man aus dem nämlichen Bericht entnimmt, daß trotz der geringen Belegzahl nicht weniger als 14 Patienten starben. Man sieht, auch der größte Anstaltsluxus kann den Charakter des Sterbehauses nicht wieder gutmachen, wenn man nur Fälle aufnimmt, die so weit vorgeschritten sind, daß das Ende nahe ist. Das Experiment, das die hanseatische Versicherungsanstalt mit dem Invalidenheim Groß-Hansdorf gemacht hat, muß trotz der aufgewandten Mittel als gescheitert angesehen werden.

Wie wir gesehen haben, sind gerade die Landesversicherungsanstalten mit der Unterbringung von vorgeschrittenen Tuberkulösen in eigens dazu gebauten Asylen bisher nicht besonders glücklich gewesen. Die Asyle, die von ihnen gegründet worden sind, sind zu üppig und zu teuer und außerdem so groß, daß in ihnen zu viel Insassen sterben, zumal wenn sie ausschließlich mit weit vorgeschrittenen Patienten belegt werden. Es ist eine Frage der Zeit, ob die Landesversicherungsanstalten dieser Schwierigkeiten Herr werden. Sollte dieses nicht der Fall sein, so würde es sich empfehlen, wenn sie dem Beispiel der Landesversicherungsanstalt für das Königreich Sachsen folgen und sich darauf beschränken würden, Darlehen zu einem billigen Zinsfuß zur Errichtung von Asylen für Tuberkulöse zu gewähren. Einen anderen Weg hat die Landesversicherungsanstalt Westfalen eingeschlagen, indem sie sich an sämtliche Stadt- und Kreisbehörden mit der Anfrage wandte, welche Krankenhäuser fähig und bereit wären, Rentenberechtigte aufzunehmen. Mit der Unterbringung von Rentenempfängern wurde 1901 in dieser Weise begonnen. Betragen die Kosten mehr als 1 Mk. täglich, so wird von den Angehörigen, den Armenverbänden

oder den Gemeinden ein Zuschuß erhoben. Von der Landesversicherungsanstalt Westfalen wurden im Jahre 1902 nicht weniger als 100000 Mk. für Invalidenhauspflege im Sinne des § 25 IVG. verausgabt.

In ähnlicher Weise ist auch die Versicherungsanstalt Oldenburg vorgegangen, deren Leitung es auch für zweckmäßiger hält, die vorhandenen Krankenhäuser zu benützen, als besondere Invalidenheime in eigener Regie herzustellen.

Diese Versuche einiger gutgeleiteten und wohlhabenden Landesversicherungsanstalten, die im vorgeschrittenen Stadium befindlichen Lungenkranken zu asylisieren, sind höchst anerkennenswert, da sie beweisen, daß diese Anstalten sich der sozialhygienischen Tragweite der Aufgabe, die Ansteckungsquellen durch Aussonderung der vorgeschrittenen Fälle zu vermindern, wohlbewußt sind. Die Kritik muß aber einsetzen bei der Art und Weise, in welcher gerade die größten und reichsten Landesversicherungsanstalten sich dieser Aufgabe zu unterziehen begannen. Das Beispiel der obenerwähnten Invalidenheime zu Groß-Hansdorf und Lichtenberg zeigt uns deutlich, das es falsch ist, bei der Asylisierung sich ähnlicher kostspieliger Anstalten zu bedienen, wie unsere Lungenheilanstalten sind.

Wesentlich bescheidener und merkwürdigerweise trotzdem erfolgreicher sind die Asylisierungsversuche ausgefallen, die an einigen Stellen Deutschlands unabhängig von den Landesversicherungsanstalten von privaten Wohlfahrtsvereinen meist unter geistlicher Leitung unternommen worden sind. So ist von der evangelisch kirchlichen Hilfsunion für die Ober-Lausitz bei Ostritz im Regierungsbezirk Liegnitz das Invalidenheim „Bergfrieden“ gegründet worden. Es vermag 25—30 männliche Lungenkranke im vorgeschrittenen Stadium aufzunehmen und zwar zu dem billigen Verpflegungssatze von 1,80 Mk. täglich. Auch P. v. Bodelschwingh hat in Eckhardsheim bei Bielefeld das Pflegeheim „Gute Hoffnung“ eingerichtet, in dem 30 Kranke in einer Art familiären Hausordnung verpflegt werden. Mit diesen Heimen hat man bisher gute Erfahrungen gemacht, obgleich sie doch wesentlich einfacher sind wie die bautechnisch so vollkommene Anstalt zu Groß-Hansdorf. Endlich ist ein Pflegeheim für unheilbare lungenkranke Frauen kürzlich vom Brandenburgischen Provinzialverein zur Bekämpfung der Tuberkulose in Burg-Daber bei Wittstock a. d. Dosse begründet worden. Der Magistrat der Stadt Charlottenburg hat die Stadtärzte angewiesen, fortan nach Burg-Daber solche Frauen zu über-

weisen, bei denen nachgewiesen wird, daß keine Aussicht auf Heilung oder wesentliche Besserung mehr besteht, daß ferner die Kranke eine Gefahr für die Umgebung bildet und daß eine ausreichende Isolierung der Kranken in der Wohnung nicht möglich ist. Die Anstalt ist die erste in ganz Deutschland, die unheilbar lungenkranke Frauen aufnimmt. Der Pflegesatz ist auf nur 2,50 Mk. pro Tag festgesetzt worden. Ist die Familie nicht in der Lage, auch diesen geringen Pensionssatz zu zahlen, so übernimmt die Armenverwaltung die Kosten.

Die beste Lösung für die Frage der Organisation von Invalidenheimen scheint aber doch in Norwegen gefunden zu sein, einem Lande, in dem die glückliche Bekämpfung der Lepra auf dem Wege der Asylisierung dazu ermutigte, den nämlichen Weg auch zur Bekämpfung der Tuberkulose einzuschlagen. Die Norwegischen Pflegeheime verdienen in der Tat auch für andere Länder vorbildlich zu werden.

Auf der internationalen Tuberkulosekonferenz in Kopenhagen im Mai 1904 berichtete Oberarzt Dr. Hansen aus Bergen über die Pflegeheime, die in Norwegen für tuberkulöse Kranke eingerichtet sind. Diese fassen nicht mehr wie 20 Betten und werden von den staatlichen oder kommunalen Behörden unterhalten. Das Programm dieser Pflegestätten wird im Protokoll[1]) wie folgt geschildert: „Diese Krankeime sind wesentlich darauf berechnet, die Kranken in der Periode aufzunehmen, wo die Gefahr der Ansteckung am größten und die Fähigkeit der Kranken, dieselbe zu begrenzen am geringsten ist. Doch darf der Zutritt zu diesen Krankenheimen nicht allzu eng begrenzt werden. Auch in früheren Stadien der Krankheit müssen namentlich heimatlose arme Kranke da aufgenommen werden können, anstatt vom Armenwesen in Familien untergebracht zu werden, wo die hygienischen Verhältnisse schon im voraus wenig günstig sind und wo daher die Vermehrung der Mitglieder, und noch dazu um einen Schwindsüchtigen, für die Kranken wie für die Gesunden gleich unheilvoll ist. Die Krankenheime, für die vorgeschrittenen Fälle berechnet, müssen so viel als möglich dem Daheim der Patienten naheliegen. Man darf voraussetzen, daß die Kranken weder imstande sind noch wünschen werden, eine weitere Reise zu machen: anzunehmen ist auch, daß sie, je näher den Ihrigen, desto weniger Unlust haben werden, in einem Krankenhause verpflegt zu werden.

[1]) Tuberculosis, 1904, Nr. 8.

wenn dies für dienlich gehalten wird. Man muß es deshalb darauf anlegen, diese Krankenheime so viel als möglich zu verteilen; man muß deren mehrere und kleinere errichten. Bei diesen Anstalten läßt sich dies innerhalb gewisser Grenzen tun, ohne den ökonomischen Rücksichten zu nahe zu treten. Auch bei der Wahl des Ortes sind nicht so viel Rücksichten zu nehmen wie bei den Kuranstalten, und sie werden sich auf eine völlig befriedigende Weise ohne größere Kosten einrichten lassen. Den ärztlichen Beistand kann ein am Orte wohnender Arzt leisten, dessen meiste Zeit von anderer Arbeit in Anspruch genommen sein kann. Überhaupt werden sich diese Pflegeanstalten mit wesentlich geringeren Kosten als die Kuranstalten errichten und betreiben lassen.

Während die zwei Volksheilstätten Norwegens durch Staats- oder andere öffentliche Geldmittel errichtet sind und zum größten Teil mit Zuschuß von der Staatskasse betrieben werden, könnten diese Pflegestätten zu ihrem Bau keinen Beitrag von der Seite des Staates erwarten. Das nötige Geld müßte durch private Gaben und Zuschüsse von den engeren Kommunen (Städte-, Gemeinde- und Amtskassen) herbeigeschafft werden. Dagegen werden die Betriebskosten teilweise von der Staatskasse refundiert, insofern diese, laut unserem Tuberkulosegesetze, $^4/_{10}$ der Verpflegungskosten solcher Kranken bezahlt, die durch Verfügung der Gesundheitskommissionen in die Pflegestätten eingelegt werden. In den letzten Jahren, namentlich nach Emanieren des Tuberkulosegesetzes i. J. 1900, ist eine energische Arbeit für die Errichtung solcher Pflegestätten geleistet worden. Der norwegische Frauensanitätsverein hat durch seine über das ganze Land verstreuten Unterabteilungen für die Sache gearbeitet und Geldmittel gesammelt, sowie die zivilen Behörden, in mehreren Bezirken die Ärzte und andere Interessierten um die Sache vereinigt. Namentlich haben aber die Ärzte selbst die Initiative ergriffen, die nötige Statistik gesammelt, Entwürfe zum Bau der Pflegestätten ausgearbeitet und das Interesse der kommunalen Autoritäten sowie das der übrigen Bevölkerung zu erwecken gesucht. Als ein schönes Beispiel darf ich die Arbeit des Tuberkulosekommitees im Amte M. Drontheim erwähnen, das unter dem Präsidium des Dr. Tillisch gearbeitet hat. Das Komitee hat fünf Pflegestätten für das ganze Amt mit einer Bevölkerung von ca. 80000 Einwohnern für nötig erachtet. Die Baukosten sind auf ca. 50000 Kr. berechnet. Davon hat das Komitee ca. 14000 Kr. gesammelt. Die Amtsversammlung hat einstimmig beschlossen, was noch nötig ist zur Errichtung der fünf

Pflegestätten zu bewilligen. Die erste Pflegestätte ist schon im Betriebe, die nächste wird während des Sommers fertig, die übrigen werden im Laufe der nächsten Jahre gebaut. Nach den Angaben, die ich mit Beihilfe meiner Kollegen in diesen Tagen gesammelt habe, sind jetzt in Norwegen im Betriebe: drei Pflegestätten, sämtlich im letzten halben Jahre eröffnet; fünf werden im Laufe des Jahres gebaut, für 16 ist das nötige Geld schon zum größten Teile gesammelt worden. Die Pflegestätten, für eine oder mehrere Nachbargemeinden bestimmt, werden für 6—20 Kranke gebaut; das Medizinaldirektoriat hat Entwürfe zu Pflegestätten von verschiedener Größe veröffentlicht. Die Baukosten sind auf ca. 1000 Mk. für ein Bett berechnet, die Betriebskosten zu 1 Kr. bis 1,50 Kr. p. d. Die wenigen Pflegestätten, die wir bis jetzt haben, sind noch zu kurze Zeit in Betrieb gewesen, als daß wir uns mit Sicherheit darüber aussprechen könnten, wie sie von den Kranken geliebt und gesucht werden. Die erst errichtete Pflegestätte, nahe Bergen, ist jedenfalls so stark gesucht, daß sie nicht Plätze genug hat, um alle aufzunehmen, die es wünschen, und ich habe selbst Gelegenheit gehabt, zu sehen, wie gut die Kranken dort gedeihen und wie vergnügt sie sind. Ich möchte aber davor warnen, solche Pflegestätten in zu intime Verbindung mit den gewöhnlichen Armenheimen und Arbeiterkolonien zu stellen. Diese sind, jedenfalls bei uns, nicht so sehr von den Armen geliebt, und wenn die Pflegestätten mit ihnen verbunden sind, werden gewiß auch sie nicht sehr beliebt. In dem Umstande, daß das meiste Geld für Errichtung der Pflegestätten von der Bevölkerung selbst herbeigeschafft ist, hat man ein Zeugnis dafür, wie stark sich die Bevölkerung nach solchen Pflegestätten sehnt. Die Erfahrungen von meinem eigenen Heimatorte Bergen haben mich auch gelehrt, daß die Familien, auch die Mütter, gern ihre Kranken in einer guten Pflegestätte sehen. Das Bestreben, ihre übrigen Kinder gegen die verheerende Krankheit zu bewahren, vermag den Wunsch, die Kranken selbst zu pflegen, zu überwinden. Nach dem, was bisher in dieser Richtung im Kampfe gegen die Tuberkulose in unserem Lande geleistet ist, ist es wohl zu hoffen, daß man nach Ablauf dieses Dezenniums Pflegestätten in den meisten Bezirken finden wird.“ Zwei Jahre später vervollständigte Hansen diese Angaben auf der Konferenz im Haag[1]) in folgender Weise: „Einige zwanzig dieser Pflegestätten sind jetzt in Betrieb oder ihrer Vollendung nahe. Sie liegen alle

[1]) Tuberculosis, 1906, Nr. 8.

auf dem Lande und jede ist nur für den Gebrauch der nächsten Umgebung bestimmt. Daher ist die Zahl der Betten niedrig, von 8—15, einige wenige haben doch bis 20 Betten. Diese geringe Bettenanzahl macht eine einfache Administration und Ausstattung möglich. Die Pflegerin ist Administrator, so daß die Anstalt wie ein gewöhnlicher Haushalt betrieben werden kann. Infolgedessen sind auch die Gebäude einfach und billig. Oft sind ältere Wohnhäuser zu diesem Gebrauch angekauft. Wo die Pflegestätten neu aufgebaut sind, belaufen sich die Baukosten inklusive Inventar auf 800—1200 Kr. pro Bett." Die Verpflegungskosten betragen durchschnittlich 1,50 Kr. pro Verpflegungstag. Die norwegischen Pflegeheime sind wegen ihrer Billigkeit, Zweckmäßigkeit und Beliebtheit eher geeignet, als Vorbilder für eine weitgehende Asylisierung der Tuberkulösen zu dienen als die wenigen, sehr teueren und wegen ihres kasernenmäßigen Betriebes unbeliebten Anstalten, die unsere Landesversicherungsanstalten bisher errichtet haben.

Die Hoffnung, daß auch in Deutschland trotz einiger Mißerfolge der Landesversicherungsanstalten mit ihren Invalidenheimen für Tuberkulöse in Zukunft die Asylisierung der vorgeschrittenen Fälle in zielbewußter Weise zur Anwendung kommt, basiert vorläufig weniger auf der Tätigkeit des Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, das sich der Asylisierung gegenüber immer noch ablehnend verhält, als darauf, daß in einem Rundschreiben des Deutschen Reichskanzlers vom 16. Juli 1904 eine Resolution des Reichsgesundheitsrates vom 24. Juni 1904 den Landesregierungen eindringlich empfohlen wurde, die folgende Vorschläge machte:

„Nach dem jetzigen Stande der Wissenschaft ist die Tuberkulose eine Infektionskrankheit, die namentlich in ihrer Form als Lungen- und Kehlkopfschwindsucht sich von einem Menschen auf den anderen verbreiten kann. Zur Beseitigung dieser Ansteckungsmöglichkeit ist erforderlich, Schwindsüchtige, namentlich solche im vorgeschrittenen Stadium in Krankenhäusern entsprechend abzusondern. Zu diesem Zwecke wird empfohlen: 1. die Errichtung von eigenen Krankenhäusern für solche Kranke; 2. wo dies nicht angängig ist, die Errichtung von besonderen Abteilungen in den allgemeinen Krankenhäusern, welche baulich getrennt und als „Sanatorien"[1])

[1]) Vorbildlich für derartige Sanatorien kann das Bremer Luftkurhaus bezeichnet werden, über das Stoevesandt in der Tuberculosis (1906, Nr. 2) folgende interessante Angaben machte: „Die Kosten betrugen inkl. Inventar

einzurichten sind; 3. wo auch dies nicht auszuführen ist, die Unterbringung der Kranken in besonderen Räumen der Krankenanstalten. Es sollte die Reichsverwaltung gebeten werden, diese Grundsätze den Landesregierungen zur Annahme warm zu empfehlen. Insbesondere sei ihnen anheimzugeben, in allen Fällen, wo der Bau neuer Krankenhäuser in Frage komme, darauf Bedacht zu nehmen, daß durch entsprechende Auflage der sich bietenden Handhaben (Konzessionsbedingungen. Aufsichts- und Kuratelverfügungen) die Schaffung besonderer und getrennter Einrichtung für Schwindsüchtige sichergestellt werde."

Wenn diese Vorschläge dauernd zur Richtschnur genommen werden und außerdem die Errichtung von zahlreichen kleinen Pflegeheimen für invalide Lungenkranke nach norwegischem Muster in die Wege geleitet wird, darf man hoffen, daß das Anstaltswesen wirksamer in den Dienst der Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit gestellt sein wird, als das bisher in Gestalt der Lungenheilstätten geschehen ist.

III.

Wenn im Frühstadium befindliche Lungenkranke einige Zeit in einer Lungenheilstätte geweilt haben, beginnen sie infolge des reichlichen Milchgenusses und der absoluten Ruhe stark an Körpergewicht zuzunehmen. Diese Gewichtszunahme, die häufig 5—8 oder

180000 Mk. Das Haus wurde im Februar 1904 zunächst von etwa 30 Phthisikern bezogen; schnell kamen von der chirurgischen Abteilung einige alte Fälle von Knochentuberkulose hinzu, und in wenigen Wochen wurden so viele Phthisiker aus der Stadt dazu gesandt, daß das für 60 bestimmte Haus im April schon etwa 70 aufnehmen mußte. Im Sommer verminderte sich dann naturgemäß die Zahl wieder. Dann fingen wir an, in die oberen Räume auch alte Bronchiektatiker, langsam heilende Empyeme nach Pneumonie, Fälle von Lungenabszeß und auch Neurastheniker und Herzfehler, die der Liegebehandlung in freier Luft bedurften, zu verlegen, während die Parterreräume immer ganz streng für Tuberkulöse reserviert blieben. Diese Fälle heilten bei der neuen Behandlung, die es auch den bettlägrigen Kranken gestattete, den ganzen Tag mit ihren Betten draußen zu sein, zum Teil überraschend gut, besonders fiel uns dies auf bei den Lungenabszessen und Empyemen. Zugleich verlor aber das Haus in den Augen des Publikums schnell den Charakter des Tuberkulosehauses; die ganze Behandlungsart in ihm wurde in jedem Falle so viel wie möglich der Freiluftbehandlung angepaßt, und daher wurde dem Hause auch der Name „Luftkurhaus" gegeben."

noch mehr kg beträgt, schwindet in den meisten Fällen leider wieder, wenn der Patient in die alten Verhältnisse und zur gewohnten Arbeit zurückkehrt. Überhaupt führt der plötzliche Übergang von der vollständigen Untätigkeit in der Heilstätte zur neun- und zehnstündigen Arbeit im gewerblichen Leben mancherlei Schädigungen mit sich, die die definitive Ausheilung oder dauernde Besserung in Frage stellen. Unter den Maßregeln, die getroffen werden, um den Übergang von der Anstalt zum freien bürgerlichen Leben weniger schroff zu gestalten, verdienen am meisten die in den letzten Jahren gemachten Versuche Beachtung, die Lungenkranken entweder schon in der Heilstätte selbst leichte Arbeit verrichten zu lassen oder sie von der Heilstätte in eine besondere landwirtschaftliche Kolonie zu verbringen, in der sie unter ärztlicher Aufsicht sich wieder an die Arbeit gewöhnen können. Diese Versuche sind deshalb auch hier zu erwähnen, weil aus ihnen sich die Möglichkeit erweisen läßt, die Lungenkranken in Anstalten mit produktiver Arbeit zu beschäftigen und sie so zu den Kosten ihrer Asylisierung selbst mit beitragen zu lassen.

Natürlich ist man mit der Heranziehung lungenkranker Individuen zur Arbeit zunächst sehr zaghaft vorgegangen. So stellt Elkan[1]) in einem Bericht über die Beschäftigung der Patienten in Gütergotz, der Heilstätte für lungenkranke Männer der Stadt Berlin, die Norm auf, daß die Arbeit der Lungenkranken nicht in geschlossenen Räumen stattfinden, nicht sehr anstrengend und nicht mit Staubentwicklung verbunden sein dürfe. Er verwirft mit Recht Kerbschnitzerei, Flechtarbeiten usw. als Spielerei und empfiehlt ausschließlich Gartenarbeit. Nach seiner Ansicht ist jeder zur Heilbehandlung zugelassene Patient nach zweimonatiger Anstaltsbehandlung fähig, etwas zu arbeiten. Er sagt darüber: „Ich habe die Beobachtung gemacht, daß die Arbeit bisher noch keinem Patienten irgendwie geschadet hat, im Gegenteil, die arbeitenden sind gerade diejenigen, welche regelmäßig, dauernd von Woche zu Woche eine Gewichtszunahme zu verzeichnen haben, bedingt durch den größeren Appetit, welcher sich nach der körperlichen Arbeit einstellt. Gerade dieser günstige Einfluß auf das Wohlbefinden ist es auch, welcher oftmals solche, die nicht sehr für eine Beschäftigung schwärmen, antreibt, sich auch zu melden und Arbeit zu leisten.“ Elkan will allerdings die Freiwilligkeit der Arbeit bestehen lassen und von einer Entlohnung der geleisteten Arbeit absehen. Als Arbeits-

[1]) Zeitschrift für Tuberkulose, Bd. 4, H. 5.

zeit sind in Gütergotz vormittags und nachmittags je zwei Stunden bestimmt. Die Arbeit besteht im Reinigen und Abstecken von Wegen, An- und Umpflanzen von Sträuchern und Bäumen, Ansäen von Rasen u. a. m. Einer der Patienten wird zum Vorarbeiter bestimmt.

In Engelthal werden nach Bauer gegen Ende der Verpflegung, meist von der 9. oder 10. Woche ab, geeignete Kranke mit Holzsägen oder Wegearbeiten beschäftigt. Gerade dadurch ist dem Arzte die beste Gelegenheit geboten, die Erwerbsfähigkeit der Kranken praktisch zu erproben und so das im Untersuchungszimmer gewonnene Urteil zu ergänzen.

Über den Wert der Einführung der Arbeit in der Anstalt Albertsberg berichtet Wolff (Heilstätten-Korrespondenz 1898 Nr. 5) folgendes: „Überraschend gut hat sich die Beschäftigung der Kranken mit Arbeit bewährt. Die Hausordnung, die inne zu halten sich die neu eintretenden Kranken verpflichten, bestimmt, daß die Patienten je nach ihrem Beruf und Krankheitszustand, zu leichten Arbeiten für die Anstalt herangezogen werden können, soweit dies vom Arzt vorgeschrieben und gestattet ist, und es ist diesem Satze der Hausordnung nicht nur gern nachgekommen worden, sondern häufig genug ein Übereifer zu hemmen. Das Reinhalten der Wege vom Schnee während des vergangenen Winters, die Herstellung von Waldwegen in der Nähe der Anstalt, die neue Schöpfung von Gartenanlagen, alles dies ist nur von Patienten besorgt worden, und gern haben sie sich dabei, welchem Stande sie auch angehörten, selbst Kranke des Lehrer- und Kaufmannsstandes, den Anordnungen des Inspektors, des Arztes oder eines fachmännischen Leidensgenossen gefügt. Aber auch die Liegehallen im Walde, mancherlei Nützliches und Unnützliches zum Zierrat ist von der Hand der Patienten entstanden. Vor allem sind stets geeignete Kranke, natürlich nur wenige Stunden, mit Holzschlagen beschäftigt gewesen, so daß schon allein hierdurch der Anstalt eine pekuniäre Ersparnis von nicht ganz geringer Bedeutung möglich war. Die Erfolge der Patienten sind nicht im mindesten durch die Beschäftigung beeinträchtigt worden, im Gegenteil — wie sich nicht anders erwarten ließ — bei manchen zur Hypochondrie neigenden oder an mangelhaftem Appetit leidenden Kranken erwies sich die Arbeit geradezu als Hilfsmittel bei der Heilung und die Warnungen einzelner Ärzte haben sich nicht als gerechtfertigt erwiesen.“ In der sächsischen Volksheilstätte für Lungenkranke Albertsberg sind überhaupt mit der Arbeit der Patienten die besten Erfahrungen

gemacht worden. Es werden daselbst nicht nur landwirtschaftliche und gärtnerische Arbeiten regelmäßig verrichtet, sondern es befindet sich dort auch eine Tischlerei und eine Schlosserwerkstatt, in denen alle laufenden Reparaturen ausgeführt werden. Die Anstaltsleitung gesteht zu, daß ihr aus der Beschäftigung der Patienten ein erheblicher ökonomischer Vorteil erwächst. Eine Arbeitsverweigerung ist niemals vorgekommen, da die Patienten über den Nutzen der Arbeit für ihr eigenes körperliches Befinden aufgeklärt werden. Auch die Heilstätten der Berliner Landesversicherungsanstalt zu Beelitz besitzen ein eigenes Werkstättengebäude, in dem sich die Genesenden nach freier Wahl betätigen können.

Wichtiger noch als diese zaghaften Versuche, die Lungenkranken in den Heilstätten zu leichter, oft an Spielerei erinnernde Arbeit anzuhalten, sind die Experimente einiger Landesversicherungsanstalten, Lungenkranke, die schon einen mehrmonatlichen Aufenthalt in einer Heilstätte hinter sich haben, zu produktiver Arbeit in eine landwirtschaftliche Kolonie zu verwenden und sie dort erst an das Arbeiten unter günstigen gesundheitlichen Bedingungen zu gewöhnen, ehe sie zur freien gewerblichen Arbeit zurückkehren. So errichtete die hannoversche Landesversicherungsanstalt die Erholungsstätte Stübeckshorn als ländliche Ackerbaukolonie für Lungenkranke im Jahre 1901. Das gegen einen jährlichen Pachtzins von 2150 Mk. gepachtete Gut umfaßt ein Wirtschaftsareal von 66 ha 22 ar 97 qm oder rund 253 hannoversche Morgen, wovon

55	ha	64	ar	49	qm	auf	Ackerland,
9	„	46	„	60	„	„	Wiesen und
1	„	11	„	88	„	„	Gartenland

entfallen.

Für einen Neubau und den Umbau der alten Gebäude wurden ausgegeben	55000 Mk.
Das Hausinventar kostete	37345 „
Das Wirtschaftsinventar kostete	7357 „
Der Viehbestand (4 Pferde, 8 Kühe, 16 Schweine und Federvieh) kostete	5828 „
Summe des Anlagekapitals	105530 Mk.

Die Erholungsstätte bezeichnete in § 6 ihrer Hausordnung ihren Zweck folgendermaßen: „Die Erholungsstätte will von längerer Krankheit genesenen, insbesondere den in der Landesversicherungsanstalt Hannover gewesenen — und sei es auch nur beschränkt — erwerbsfähig wieder hergestellten Versicherten für den zwischen

beendigter Heilbehandlung und Wiedererlangung der vollen Erwerbsfähigkeit liegenden Zeitraum einen gesunden Übergangsaufenthalt bieten, um zu verhüten, daß durch einen schroffen Übergang aus dem Zustande der Genesung zur bisherigen Berufstätigkeit der Heilerfolg in Frage gestellt wird. Zur Erreichung dieses Zweckes hat jeder Pflegling innerhalb der vom Hausarzte bescheinigten Grenze der Arbeitsfähigkeit die Verpflichtung, die ihm vom Vorsteher in der Land- und Hauswirtschaft der Erholungsstätte angewiesenen Arbeiten willig, pünktlich und gut auszuführen. Im Gegensatze zu dem Aufenthalt in dem Genesungshause war hiernach Arbeitszwang Grundsatz und zwar wurde eine Mindestgrenze der Arbeitsfähigkeit in der Dauer von vier Stunden für unerläßlich gehalten. Folgende drei Grade der Arbeitsfähigkeit wurden unterschieden:

1. Grad — geringer — Mindestbeschäftigung von vier Stunden täglich;

2. Grad — mittlerer — Beschäftigung bis zu sechs Stunden täglich,

3. Grad — hoher — Beschäftigung bis zu acht Stunden täglich.

War der Pflegling voll arbeitsfähig wieder hergestellt und hatte er sich in diesem Zustande eine gewisse Zeit hindurch bewährt, so wurde er entlassen. Der Aufenthalt in der Erholungsstätte sollte im allgemeinen die Dauer von zwei Monaten nicht überschreiten. Es fanden in Stübeckshorn Aufnahme 1. tuberkulöse Lungenkranke, die bis dahin in einer Heilstätte waren, keinen Auswurf oder doch keine Bazillen im Auswurf mehr hatten, selbstverständlich nicht mehr fieberten und nicht am Durchfall litten; 2. nicht tuberkulöse Lungenkranke, die nicht in einer Heilstätte waren; alle mußten zur Verrichtung landwirtschaftlicher Arbeiten fähig und bereit sein. Die Höchstbeschäftigungsdauer betrug acht Stunden für den Tag, die Leistung wurde mit 10 Pfg. für die Stunde vergütet, mithin belief sich der Höchstsatz des Tagesarbeitsverdienstes auf 80 Pfg., der dem Pflegling gutgeschrieben und spätestens bei der Entlassung ausgezahlt wurde. Die Angehörigen der Pfleglinge erhielten Unterstützung nach Maßgabe des § 18, 4 des IVG. Die Pfleglinge waren als landwirtschaftliche Arbeiter in der für den Kreis Soltau zuständigen Lohnklasse versicherungspflichtig.

Wir hätten hier also den Typus einer landwirtschaftlichen

Phthisikerkolonie, wenn nicht die kurze Dauer des Aufenthaltes der Patienten uns verböte, diesen der Irrenheilkunde mit ihren längst eingeführten und bewährten agrikolen Irrenkolonien entlehnten Terminus technicus hier zu gebrauchen. Im ganzen sind im ersten Betriebsjahre in Stübeckshorn 36 Pfleglinge zur Entlassung gekommen. Das Durchschnittsalter betrug 30 Jahre. Nach dem Grade der Arbeitsfähigkeit bemessen ergab sich folgende Verteilung in Prozenten:

	I. Grad %	II. Grad %	III. Grad %
bei der Aufnahme	25	36	39
bei der Entlassung	3	3	94

Von den Industriearbeitern sind 9 Proz. zu anderen Berufen übergetreten, und zwar 3 Proz. zur Landwirtschaft und 6 Proz. zum Handel und Verkehr. Ein Industriearbeiter trat durch Vermittlung der Erholungsstätte zur Landwirtschaft über. Obgleich die Mehrzahl der Pfleglinge wohlgenährt aus den Genesungshäusern überwiesen wurde, haben gleichwohl noch 28 durchschnittlich 3,1 kg auf der Erholungsstätte an Körpergewicht zugenommen. In einem Falle betrug die Gewichtszunahme sogar 16,4 kg. Die Durchschnittsaufenthaltsdauer betrug 48 Tage. An Arbeitsverdienst wurde den 36 Entlassenen im ganzen der Betrag von 977 Mk. 65 Pfg. oder im Durchschnitt für den Kopf 27 Mk. 15 Pfg. gewährt.

Auch die Landesversicherungsanstalt Oldenburg hat ein Bauerngut in Sammum erworben, um daselbst eine ländliche Kolonie für zunächst 20 Pfleglinge, die aus der Lungenheilstätte gebessert entlassen sind, einzurichten. Die ersten Pfleglinge wurden am 1. März 1903 aufgenommen. Der Erfolg des Aufenthaltes wird bisher als befriedigend bezeichnet.

Trotz der reichen Aufwendung, die die Landesversicherungsanstalt Hannover für die Kolonie Stübeckshorn gemacht hat, ist das Unternehmen daran gescheitert, daß sich nicht genug Patienten bereit finden ließen, sie aufzusuchen. Von 650 aus den Heilstätten der Landesversicherungsanstalt im Jahre 1904 entlassenen Männern waren nur 65 zum Eintritt in die Kolonie zu bewegen. Da man fürchtete, daß in Zukunft sich der Zuzug noch mehr verringern würde, beschloß man, die Kolonie als solche aufzugeben und sie in eine gewöhnliche Lungenheilstätte für Männer umzuwandeln. Dennoch ist dieses Experiment nicht ohne nützliche Lehren gewesen. Es

hat bewiesen, daß Lungenkranke sehr wohl ein erhebliches Maß körperlicher Arbeit im Freien verrichten können, ja, daß sie dabei noch erheblich an Körpergewicht zuzunehmen vermögen. Der Fehler des Versuches lag daran, daß man die Insassen nicht dauernd zu halten suchte, so daß diese dann vorzogen, da sie doch einmal wieder an ihre Arbeitsstätte zurückkehren mußten, diese Rückkehr lieber gleich nach der Entlassung aus der Heilstätte als wie nach der Absolvierung einer Zwischenstation zu bewerkstelligen. Das Scheitern der Kolonie Stübeckshorn beweist nichts gegen die Möglichkeit, in Heimstätten, in denen Lungenkranke dauernd untergebracht sind, ernste landwirtschaftliche Arbeit treiben zu lassen. Die dort gemachten Erfahrungen ermuntern vielmehr dazu, sogar schon in den jetzt bestehenden Lungenheilstätten regelmäßig arbeiten zu lassen.

Die Arbeit lungenkranker Personen im Anstaltswesen verdient aber noch von einem anderen als vom rein medizinischen und psychologischen Standpunkte betrachtet zu werden. Der Arzt hat doch täglich Gelegenheit zu sehen, wie schwindsüchtige Personen beiderlei Geschlechts eine erhebliche Arbeitsleistung regelmäßig verbringen. Es ist sogar die Regel, daß der Tuberkulöse abgesehen von vorübergehenden Verschlimmerungen, Blutungsperioden und dem terminalen Stadium, so gut es geht, einen Beruf ausübt. Keineswegs setzt also die Tuberkulose ohne weiteres eine absolute Arbeitsunfähigkeit voraus. Der Tuberkulöse ist eben auch wie jeder chronisch Erkrankte der Bruchteil eines normalen Menschen und verfügt deshalb auch über einen Bruchteil von Arbeitskraft und Arbeitsfähigkeit. Dieser Bruchteil schwankt nach der Individualität des Patienten, nach dem Stadium seiner Krankheit und nach den jeweiligen klimatischen Einflüssen; aber trotz seines Schwankens läßt sich dieser Bruchteil von Arbeitsfähigkeit vom kundigen Arzte unschwer bestimmen. Im freien gewerblichen Leben besteht nun die Schwierigkeit, daß man von jedem in einem Beruf stehenden Individuum ungefähr die gleiche Arbeitskraft voraussetzt und ihn zu eliminieren trachtet, falls er die normale Arbeitsfähigkeit nicht erreicht. Bei der schematischen Nivellierung infolge des Stunden- und Akkordlohns, der für alle gleichen Arbeitszeiten und gar bei der Verknüpfung des Arbeitsprozesses mit der Maschine ist es ganz unmöglich geworden, lungenkranke Individuen, die nur über einen Bruchteil von Arbeitskraft verfügen, so zu beschäftigen, daß sie diesen Bruchteil ausnützen, ohne sich zu schädigen. Dieser Übelstand des freien gewerblichen Lebens

fällt nun in einer von einem Arzte geleiteten Anstalt vollkommen fort. Es wäre denkbar, daß tuberkulöse Personen in richtiger Ausnutzung des ihnen verbliebenen Anteils an Arbeitskraft beschäftigt würden und soviel leisteten, daß sie für die Anstalt einen erheblichen ökonomischen Gewinn erarbeiteten, der den Anstaltsbetrieb verbilligt. Sie wären dann noch nützliche Mitglieder in der nationalen Volkswirtschaft, ohne daß sie Gefahr liefen, sich zu überanstrengen. Während der Tuberkulöse im freien gewerblichen Leben ruckweise eine Zeitlang wie ein Gesunder zu arbeiten pflegt und dann wieder zu vollem Nichtstun aufs Krankenlager geworfen wird, würde ihm in einem Arbeitskrankenhause für Lungenkranke unter sachkundiger Aufsicht und günstigen äußeren Bedingungen täglich nur soviel Arbeitsleistung zugemutet werden, wie er nach ärztlicher Voraussicht ohne Schaden zu leisten imstande ist. Dieses wäre nur möglich in einer Kombination von Pflegeheim und Arbeitshaus oder landwirtschaftlichen Kolonie. Nicht der heute übliche Typus der Anstalt für Lungenkranke, der Heilstätte, in der die Patienten im Frühstadium einige Monate verbringen, nicht die Kolonie zu vorübergehender Aufnahme und selbst nicht das reine Invalidenhaus für vorgeschrittene Lungenkranke ist das erstrebenswerte Ideal, sondern die Heimstätte, in der der noch rüstige Lungenkranke unter verhältnismäßig günstigen Bedingungen jahrzehntelang rationell lebt und seinen Bruchteil von Arbeitskraft unter ärztlichen Kautelen verwertet. Die im vorhergehenden Abschnitt geschilderten Heimstätten für Lungenkranke, wie sie in Norwegen im Entstehen sind, ließen sich vielleicht in großem Maßstabe verbilligen und deshalb auch verallgemeinern, wenn mit ihnen eine vorsichtige, den Kräften der Insassen angepaßte Produktion von landwirtschaftlichen Erzeugnissen oder gewissen Fabrikaten der Hausindustrie verknüpft werden könnte.

IV.

Die Erkenntnis, daß Lungenkranke im Stadium der offenen Tuberkulose eine Gefahr für ihre Umgebung bedeuten, ist uns erst durch die bakteriologische und klinische Forschung seit wenigen Jahrzehnten zur Gewißheit geworden. Da es immer eine lange Zeit braucht, bis ein solches Forschungsergebnis in die Massen-

psyche eindringt, so ist es nicht verwunderlich, wenn der größte Teil der Bevölkerung der Gefahr, die seitens tuberkulöser Personen dem Mitmenschen drohen, noch ziemlich teilnahmlos gegenübersteht. Deshalb kann an die Realisierung der sachlich wohl zu rechtfertigenden Forderung einer obligatorischen Anstaltsbehandlung für gewisse Formen der Lungentuberkulose zurzeit noch nicht gedacht werden. Die große Zahl der Tuberkulösen und die Unmöglichkeit, eine genügende Anzahl von Anstalten aus dem Boden zu stampfen, verbietet schon an und für sich eine obligatorische Einführung der Anstaltsbehandlung. Es dürfte auch vorläufig, bis die Anzahl der Anstalten für Lungenkranke vermehrt worden ist und das große Publikum sich mit dem ihm heute noch fremden Gedanken einer monate- oder jahrelangen Anstaltsbehandlung vertraut gemacht hat, genügen, wenn man einen stets wachsenden Bruchteil der Lungenkranken den Anstalten zuführt.

Am zweckmäßigsten erfolgt diese Zuführung in der Weise, daß man die Anstalten so einrichtet und den Aufenthalt in ihnen so angenehm macht, daß die Patienten sie gern aufsuchen und freiwillig in ihnen verbleiben. Außerdem kann man dadurch einen mittelbaren Druck ausüben, daß man die zahlreichen hilfsbedürftigen Lungenkranken, die heute mit Hilfe unzureichender Renten der staatlichen Invalidenversicherung oder von den Almosen der Armenverwaltung ein kärgliches Dasein fristen, auf den Weg der Asylisierung in geeigneten Anstalten hindrängt. Auf keinen Fall darf man aber vergessen, daß der Lungenkranke, der häufig über einen hohen Grad von geistiger Frische verfügt, den Aufenthalt in einer Anstalt ebenso schwer als eine Beeinträchtigung seiner persönlichen Freiheit empfindet wie irgend ein anderes gesundes und rüstiges Individuum. Mutet man ihm das freiwillige Opfer einer langen oder gar ständigen Aufgabe seiner Bewegungsfreiheit zu, so ist es unbedingt erforderlich, daß man ihm innerhalb der Anstalt jeden Zwang erläßt, der nicht unter allen Umständen durch die Rücksicht auf die Anstaltsordnung geboten ist. In dieser Richtung haben wir noch außerordentlich viel an den üblichen Anstaltsordnungen zu verbessern. Ausgehzeit, Empfangszeit für Besuche, Möglichkeit des einzelnen Patienten, für sich allein zu sein usw. — das sind Dinge, die in viel liberalerer Weise geordnet sein müssen, als das bisher der Fall war. Da die Anhäufung zahlreicher Menschen auf einen Punkt erfahrungsgemäß Ordnungsmaßregeln erfordert, die den einzelnen auf die Dauer sehr lästig zu sein pflegen, so muß auch schon aus diesem Grunde von großen An-

stalten abgesehen werden. Die Zahl der Anstaltsinsassen sollte nicht größer sein, als daß gerade noch dem Ganzen ein familiärer Charakter bewahrt bleibt. Die Patienten empfinden sich dann nicht als Objekte einer ihnen fremden Bureaukratenherrschaft, sondern können sich in ihrer Anstalt zu einer mehr korporativen, sich selbst verwaltenden Genossenschaft zusammenschließen, deren Oberleitung natürlich einem nichttuberkulösen, im Pflegedienst ausgebildeten Hausvater zufiele. Sehr schwer wird in den gegenwärtigen Anstalten das Zusammenwohnen in großen Räumen empfunden. Es würde technisch durchaus möglich sein, jedem Patienten, wenn nicht ein eigenes Zimmer. so doch ein besonderes, nach drei Seiten geschlossenes Abteil in einem größeren Raume zu gewähren.

Von der Regelung dieser Dinge hängt die Durchführbarkeit einer Verallgemeinerung der Heimstätten für Tuberkulöse, die nach dem Vorgange von L. Brauer an dieser Stelle vom sozialhygienischen Standpunkte als wichtigstes Mittel, die Tuberkulose als Volkskrankheit zu bekämpfen, gefordert werden muß, mehr ab als von ihrer technischen Ausstattung. Es mag ungemein schwer sein, eine Anzahl Personen ohne blutsverwandtschaftlichen Zusammenhang zu einem familiären Zusammenleben zu veranlassen. Dennoch muß es versucht werden, dieses Problem auch ohne die Mittel zu lösen, die den kirchlichen Gemeinschaften für diese Zwecke zur Verfügung stehen, und einen genossenschaftlichen Geist unter einer beschränkten Anzahl von Individuen, die ein gemeinsames Unglück zu tragen haben, zu erzeugen und festzuhalten. Man muß sich nur mehr als bisher klar machen, daß es nicht genügt, Fassaden, Parkanlagen, erstklassiges hygienisches Inventar und andere Errungenschaften der glänzend entwickelten Technik unserer Zeit in einer Anstalt zu konzentrieren, sondern es wichtiger ist, durch eine sorgfältige Abmessung von Zwang und Freiheit die Insassen, ihre Leitung und ihre Bedienung zu einem harmonischen Organismus zu verbinden.

Es mag unendlich schwer sein, den richtigen Typus zu finden für eine Heimstätte, in der lungenkranke Individuen der unteren Volksschichten dauernd verweilen, den ihnen gebliebenen Rest von Arbeitskraft nützlich anwenden und ein bescheidenes Maß von Lebensgenuß eingeräumt erhalten können; aber dieser Typus muß gefunden werden, wenn anders nicht vollkommen darauf verzichtet werden soll, auf dem Anstaltswege die Tuberkulose als Volkskrankheit zu bekämpfen. Der rege Eifer, den die letzten Jahr-

zehnte auf dem Gebiete der Gründung von Anstalten für Lungenkranke bewiesen haben, läßt hoffen, daß auch dieses Problem in nicht zu ferner Zeit einer befriedigenden Lösung entgegengeführt werden wird.

Leitsätze.

1. Die Errichtung von Anstalten für Lungenkranke, die sich im Anfangsstadium der Erkrankung befinden, ist in den letzten Jahrzehnten, besonders im Anschluß an das soziale Versicherungswesen, sehr gefördert worden. Wir verdanken dieser Lungenheilstättenbewegung zunächst überhaupt die Idee, die Lungentuberkulose mit Hilfe des Anstaltswesens zu bekämpfen, und sodann eine großzügige Mobilmachung privater und öffentlicher Kräfte zugunsten der Anstaltsverbringung lungenkranker Individuen der unteren Volksschichten, — aber eine erhebliche Verminderung der Tuberkulose infolge dieser Heilstätten ist nicht eingetreten und ist auch in Zukunft nicht zu erwarten.

2. Dieses zurzeit mehr dunkel gefühlte als klar bewußte Fehlschlagen hat dazu geführt, auch Anstalten für fortgeschrittene und unheilbare Tuberkulöse zu bauen. In diesen Heimstätten liegt der entwicklungsfähige Keim für die Zukunft des Anstaltswesens für Lungenkranke.

3. Außer dieser Errichtung von Invalidenheimen zeigt sich als eine zweite Tendenz zu einer erfreulichen Weiterbildung des Anstaltswesens für Lungenkranke das Bestreben, die Lungenkranken unter ärztlichen Kautelen den ihnen gebliebenen Rest von Arbeitskraft ausnutzen und sie innerhalb der Anstalt arbeiten zu lassen.

4. Die Idee des Invalidenheims muß mit der der Arbeitskolonie zusammentreten zur Forderung von Heimstätten für Lungenkranke, in der diese dauernd sich aufhalten und ihren Kräften angemessene, ökonomisch wertvolle und den Anstaltsbetrieb verbilligende Arbeit leisten. Die tunlichst weitgehende Verallgemeinerung solcher Anstalten, die von ökonomischen Gesichtspunkten aus durchaus nicht undurchführbar ist, würde einen außerordentlich hohen sozialhygienischen Wert haben und die rationellste und humanste Art der Tuberkulosebekämpfung überhaupt bedeuten; denn allein die Umwandlung des Heilstättenwesens in ein Heimstättenwesen er-

möglicht zugleich die Disposition (Empfänglichkeit) wie die Infektion (Ansteckung) mit gleicher Energie zu bekämpfen.

5. Als Vorbilder für die Heimstätten dürfen nicht die großen und teuren Anstalten der deutschen Landesversicherungsanstalten sondern die billigen norwegischen Pflegeheime dienen, da von der Wohlfeilheit des Baues und Betriebes dieser Anstalten die größtmögliche Verallgemeinerung abhängig ist und außerdem nur in kleinen Heimstätten der Charakter des Sterbehauses vermieden sowie den Insassen ein familiäres Zusammenleben ohne überflüssigen Zwang geboten werden kann.

Der Ausbau der Arbeiterversicherung in Österreich.

Von SIEGMUND KAFF, Wien.

(Schluß.)

Nach dem Regierungsprogramm würde die Zahl der versicherungspflichtigen Personen rund 5,2 Millionen, davon 1,65 Millionen unfallversicherungspflichtig, betragen. Von den 5,2 Millionen gegen Krankheit Versicherten werden nach der Berechnung der Regierung 2,5 Millionen voll- und 2,7 Millionen Personen teilversichert sein und zwar:

	voll- versichert	teil- versichert
Landwirtschaftliche Betriebe	—	2,0
Gewerbliche „	2,1	0,2
Eisenbahnen	0,2	—
Bergbau	0,15	—
Häusliche Dienstboten	—	0,5
Sonstige	0,05	—

Gegenüber dem heutigen Stande bedeutet dies eine Verdoppelung der Zahl der Versicherungspflichtigen, wobei allerdings der Zuwachs fast ausschließlich auf die sog. Teilversicherten entfällt. Dabei ist in Betracht zu ziehen, daß, wenn die Versicherungspflicht im Sinne des Reformprogramms nur auf die den Gesindeordnungen unterstehenden Landarbeiter ausgedehnt wird, die Zahl derselben mit 2 Millionen zu hoch angenommen ist. Hier wird also die stärkste Korrektur eintreten, wodurch das Ziffernbild eine nicht unwesentliche Veränderung erfahren muß. Unter dieser Voraussetzung ist die nachstehende Aufstellung über das Beitragserfordernis zu betrachten. Nach den Berechnungen der Regierung würden die jährlichen Beitragsleistungen voraussichtlich betragen:

	Voraussichtliche jährliche Beitragsleistung in Millionen Kronen											
	in der Krankenversicherung zu Lasten der			in d. Invalidenversicherung zu Lasten der			in der Unfallversicherung zu Lasten der			in allen drei Versicherungszweigen zu Lasten der		
	Dienstgeber	Versicherten	Zusammen	Dienstgeber	Versicherten	Zusammen	Dienstgeber	Versicherten	Zusammen	Dienstgeber	Versicherten	Zusammen
Landwirtschaftliche Betriebe . . .	5.0	5,0	10.0	7.0	7.0	14.0	—	—	—	12.0	12.0	24,0
Gewerbliche Betriebe	22,0	22,0	44,0	17,5	17,5	35,0	18,0	—	18,0	57,5	39,5	97,0
Bergbau	2,1	2,1	4,2	(1,3)	(1,3)	(2,6)[1]	4,0	—	4,0	7,4	3,4	10,8
Häusliche Dienstboten	1,3	1,3	2,6	2,3	2,3	4,6	—	—	—	3,6	3,6	7,2
Sonstige	0,4	0,4	0,8	0,3	0,3	0,6	—	—	—	0,7	0,7	1,4
Zusammen	30,8	30,8	61,6	28,4	28,4	56,8	22,0	—	22,0	81,2	59,2	140,4

Zusammen würden also die jährlichen Beiträge ausschließlich der Eisenbahnen ungefähr 140,4 Millionen Kronen betragen, wovon ca. 81.2 auf die Dienstgeber und 59,2 auf die Versicherten entfallen dürften.

Zieht man die Eisenbahnen mit in Betracht, welche gegenwärtig ca. 4 Millionen für Krankenversicherung und 10 Millionen für Unfallversicherung aufbringen, so gelangt man zu einem Gesamterfordernis von rund 155—156 Millionen Kronen, wovon etwa 62 Millionen die Versicherten und 93 Millionen die Unternehmer zu tragen hätten. Es ist bei dem Umstande, daß die Zahlen über die Versicherungspflichtigen teilweise überaus unzuverlässig sind, mißlich, die oben angegebene Summe zu Schlußfolgerungen zu benutzen. Sie gibt höchstens von dem Verhältnis der Belastungen der Unternehmer und Versicherten eine Vorstellung und besagt, daß sich beide Belastungen wie 1,5 : 1 verhalten. Das ist nun ganz verschieden nach den einzelnen Versicherungszweigen und verschieden nach dem geltenden Gesetze und dem Regierungsprogramm. Nach dem geltenden Gesetze stellt sich das Verhältnis in der Krankenversicherung wie 2 : 1, in der Unfallversicherung wie 9 : 1, ein Verhältnis, das allerdings durch Ausnahmen bezüglich

[1]) Von den Provisionskassen der Bergbruderladen abzuführender Invalidenversicherungsbeitrag.

der Bergarbeiter und Eisenbahnen einigermaßen alteriert wird. Nach dem Regierungsprogramm würden sich die Beiträge für die Kranken- und Invalidenversicherung wie 1:1 stellen, während in der Unfallversicherung die Prämie vom Unternehmer allein zu tragen wäre. Demgemäß drängen sich hier zwei Fragen auf: 1. Ob die von der Regierung benutzte Rechnungsgrundlage auf eine genügende Verläßlichkeit Anspruch machen kann und 2. inwiefern eine Verschiebung der Beitragslasten für Unternehmer und Versicherte eintritt? Was nun die erste Frage anbelangt, so haben wir bereits erwähnt, daß hinsichtlich der wichtigsten Grundlage — der Zahl der Versicherungspflichtigen — die Voraussetzung der Verläßlichkeit nicht zutrifft. Es gilt dies nicht bloß hinsichtlich der landwirtschaftlichen Betriebe, bei welchen durch die teilweise Einbeziehung des Gesindes eine Abschätzung erschwert wird; auch sonst dürften sich Korrekturen als notwendig herausstellen. Aber die Hauptfehler der Rechnungsgrundlage liegen doch mehr in der Unterschätzung der Krankheits- und Invaliditätsgefahr sowie der Kosten für ihre Bekämpfung. Vor allem würde die Verlängerung der Unterstützungsdauer in der Krankenversicherung bewirken. daß die mit 10 Proz. angenommene Morbilitätsziffer in der Praxis sich von dieser theoretischen Grundlage entfernen wird. Zu diesem Effekte wird auch beitragen die Einbeziehung von einer größeren Krankheitsgefahr unterworfenen Berufsgruppen, z. B. der Bergarbeiter. Und ebenso werden das landwirtschaftliche Gesinde und die Teilversicherten überhaupt eine Erhöhung der Morbilitätsziffer herbeiführen, wenngleich diese Tendenz durch die Vorenthaltung eines Krankengeldes beschränkt werden soll. In derselben Richtung wird die Belastung der Krankenkassen mit den Heilverfahrenskosten der Unfälle und die Ausdehnung der Ersatzpflicht an die Spitäler wirken. Vor allem aber muß bemerkt werden, daß die Annahme der Regierung von vornherein auf einer falschen Voraussetzung beruht, wenn sie meint, es genüge. die durchschnittliche Morbilitätsziffer in dem Zeitraum 1890—1902 zu berechnen. Schon in dieser 13jährigen Beobachtungszeit ergibt sich eine starke Steigerung, wobei übrigens die ersten Jahre nicht in Betracht gezogen werden können, weil damals das Gesetz noch allzuweit von einer vollkommenen Durchführung entfernt war. Wird nun diese steigende Tendenz zusammen mit den übrigen erwähnten Momenten ins Kalkül gezogen, so ergibt sich, daß eine Morbilität von 10 Proz. als viel zu gering anzusehen ist.

Ähnliches gilt hinsichtlich der Sterblichkeitsziffer. Vor allem

aber erscheint es notwendig, die Naturalleistungen (ärztliche Hilfe, Medikamente, therapeutische Behelfe, physikalische und andere Kurmittel) mit einem höheren Betrage, als ihn die Regierung kalkuliert, zu veranschlagen. Wenn sich heute schon der jährliche Aufwand pro Mitglied auf durchschnittlich 4,56 Kronen beläuft, so wird er sich in Zukunft auf mindestens 6—6½ Kronen stellen. Die Regierung, welche bloß 5 Kronen ansetzt, übersieht, daß zunächst die steigenden Anforderungen der Ärzte zu dieser Erhöhung beitragen müssen; dann aber auch, daß, wenn schon nicht die eigentlichen Medizinalauslagen, dafür andere Erfordernisse der Heilpflege, wie sie durch die Rekonvaleszentenpflege und durch die gesteigerte Anwendung der physikalischen Heilmethoden sowie durch die Einbeziehung der Unfallkosten sich als notwendig herausstellen werden, eine Erhöhung des durchschnittlichen Kassenaufwandes bewirken müssen.

Die Kosten der Spitalspflege erfahren zwar eine Einschränkung insofern, als die Kassen zum Ersatz der Verpflegsgebühren lediglich in der Höhe des Krankengeldes verpflichtet werden. Allein durch die Ausdehnung des Dispositionsrechtes der Kassen und vor allem durch die Verlängerung der Haftdauer wird eine Mehrbelastung eintreten, die gleichfalls nicht ignoriert werden darf. Bezüglich der Verwaltungsauslagen wird erst die Praxis zeigen müssen, ob eine Mehrbelastung vermeidbar ist oder nicht. Die Erweiterung der Befugnisse der Kassenagenden und die dadurch bedingte Ausgestaltung des Verwaltungsapparates wird die Sach- und Personalregie der Kassen erhöhen, auch wenn für die aus dem übertragenen Wirkungskreis erwachsenden Auslagen den Kassen Ersatz geleistet und überdies der leitende Beamte von der staatlichen Versicherungsanstalt besoldet werden sollte. Letzteres ist jedoch nicht in allen Fällen sicher — die Gründe sind weder aus den Bestimmungen des Gesetzentwurfes noch aus den Erläuterungen hierzu ersichtlich. Wie immer dem aber auch sein mag: eine Verbilligung der Regie, die heute schon bei den Bezirkskrankenkassen 8½ Proz. der laufenden Beiträge erfordert, ist kaum zu gewärtigen, weil das Hauptmittel der Verbilligung — die Konzentration der Mitglieder in einheitlich organisierte Kassen — unterbleibt. Ebenso erscheint es etwas gar zu optimistisch, das Beitragserfordernis für den Verband zu vernachlässigen, da den Verbänden weitaus größere Aufgaben zugedacht sind als heute. Hingegen werden für die Dotierung des Reservefonds, der nur in der Höhe der einfachen durchschnittlichen Jahresausgabe der letzten drei Rechnungsjahre

erfolgen soll, künftig kleinere Rücklagen genügen. Das Regierungsprogramm berechnet hierfür einen 5 proz. Zuschlag zu dem für die Deckung der Kassenerfordernisse ermittelten Beitrag.

Nach der Berechnung des Regierungsprogramms wird sich das Nettoerfordernis in der Krankenversicherung pro Jahr stellen auf Kronen:

	an Krankengeld	an Beerdigungskostenbeitrag
in der 1. Lohnklasse	4	0,12
" " 2. "	8	0,24
" " 3. "	12	0,36
" " 4. "	20	0,60
" " 5. "	30	0,90
" " 6. "	40	1,20

Demgemäß werden Vollversicherte Wochenbeiträge zu zahlen haben für Krankengeld und Beerdigungskostenbeitrag von 10. 20. 30, 50, 76 und 100 Hellern, für Arzt und Medikamente 12 Heller, macht zusammen 22, 32, 42, 62. 88, 112 Heller Beiträge per Woche gleich ein Viertel (25 Proz.) des täglichen Krankengeldes. Die zulässige Maximalhöhe des Wochenbeitrages wird mit 50 Proz. des täglichen Krankengeldes begrenzt. Diese Normalsätze werden sich je nach der Zusammensetzung des Mitgliederstandes rücksichtlich Alter, Beruf, Geschlecht etc. ändern. Das Fatale an der Sache ist nur, daß die ganze Voraussetzung, von der die Berechnung ausgeht, weder den bisherigen Gepflogenheiten noch den Bedürfnissen der Versicherten entspricht. Ganz Österreich mit seinen kolossalen Lohnunterschieden als einen einzigen undifferenzierbaren Kassensprengel zu betrachten, mag vielleicht vom bureaukratischen oder genauer: vom rechnerisch-buchhalterischen Standpunkte aus erwünscht sein; sozialpolitisch ist dies weder wünschenswert noch möglich. Die wirtschaftlichen Abstufungen der arbeitenden Bevölkerung lassen sich keineswegs auf sechs Lohnklassen reduzieren.

Eine solche Nivellierung würde nicht nur zu einer Umwälzung der in der Krankenversicherung bestehenden Verhältnisse sondern auch zu einer enormen Schädigung der Versicherten führen. Sicherlich ist das heutige System der Lohnkategorien nicht als ideal anzusehen. Die Lohnsätze entsprechen durchaus nicht den faktischen Lohnverhältnissen. Sie werden höchst einseitig von den Gewerbebehörden festgesetzt, ohne daß die Versicherten nennenswerten Einfluß zu üben vermöchten. Auch wenn dies der Fall wäre und eine größere Spezialisierung der Lohnkategorien ein-

treten würde, ergäben sich noch immer mannigfache Nachteile administrativ-technischer Natur, die beim Lohnklassensystem in Wegfall gebracht werden können. Soll dies aber geschehen, dann müssen die Lohnklassen den wirklichen Verhältnissen eines jeden Kassensprengels durchaus angepaßt und nicht auf sechs beschränkt werden.

Die vorhin berechneten Gesamtbeiträge stellen aber auch eine ganz ungleiche Belastung der Versicherten in den einzelnen Lohnklassen dar. Sie machen 6,1, 4,4, 3,5, 3,2, 2,9, 2,7 Proz. vom mittleren Lohnsatz aus, d. h. sie begünstigen die höheren Kategorien auf Kosten der unteren. Wenn nun auch die Morbilität der schlecht entlohnten Kassenmitglieder eine höhere als die der besser entlohnten ist, so ist doch damit die große Differenz in der Belastung nicht begründet.

Auch die Beitragsberechnung für die Teilversicherten, welche nur auf die Naturalleistungen (ärztliche Hilfe, Medikamente und therapeutische Behelfe bis zur Dauer eines Jahres, eventuell auf vierwöchentliche Spitalspflege) sowie auf einen Beerdigungskostenbeitrag Anspruch haben, erscheint sehr optimistisch angestellt. Erwägt man, daß für die landwirtschaftlichen Dienstboten die Beistellung der ärztlichen Hilfe und Medikamente aus verschiedenen Gründen sich teurer stellen wird als für städtische Versicherte, daß ferner die Kosten der Kontrolle sich etwas höher stellen dürften, so gelangt man auch hier zu dem Ergebnis, daß eine Unterschätzung des Erfordernisses stattgefunden hat. Immerhin kann eines Vorteils erwähnt werden, der bisher fehlte: Eine Abstufung der Beiträge nach Geschlecht, Berufsarten und Betriebszweigen ist zulässig, weil die Morbilitätsziffern für männliche und weibliche Kassenmitglieder einerseits sowie für gewisse Berufe und Betriebsgruppen andererseits starke Differenzen aufweisen.

Aus all den bisher angeführten Gründen müssen die Grundlagen für die Berechnung des Erfordernisses, bzw. der Beiträge in Zweifel gezogen werden. Diese Zweifel werden noch verstärkt, wenn man die Gesamtbelastung, die nach dem Regierungsprogramm eintreten soll, mit der gegenwärtigen vergleicht. Für $2^1/_2$ Millionen gegen Krankheit Versicherter beträgt der Aufwand für Versicherungsleistungen und Verwaltungszwecke gegenwärtig 48,361 Millionen Kronen. Für die mit 5,2 Millionen geschätzte Zahl der Voll- und Teilversicherten ist ein Aufwand von 61,6 Millionen berechnet. Es würden sonach die 2,7 Millionen Teilversicherter rund 13,2 Millionen erfordern, wenn man mit dem Regierungsprogramm

annimmt, daß für die Vollversicherten auch künftig kein höherer Aufwand notwendig sein wird. Hält man dieser Ziffer jenen Aufwand entgegen, welchen die heute vollversicherten Kassenmitglieder an Arzt, Medikamenten und Verpflegs- und Beerdigungskosten erfordern, so gelangt man zu einer Belastung von 17,408 Millionen Kronen; dabei sind Regie und Reservefonds nicht berücksichtigt. Nun ist allerdings in Betracht zu ziehen, daß diese sowie die Ärztekosten, da sie sich auf eine größere Anzahl von Mitgliedern verteilen, sich im allgemeinen nicht höher stellen werden. Trotzdem ergibt sich eine Differenz von rund 4 Millionen Kronen, die wohl dafür spricht, daß die Wirklichkeit über die Schätzung des Reformprogramms hinausschreiten wird. Dies dürfte auch sonst der Fall sein. Wenn im Jahre 1902 die Versorgung von $2^1/_2$ Millionen Versicherten mit Arzt, Medikamenten, Spitalspflege und Beerdigungskosten 17 Millionen erfordert, so ist wohl nicht anzunehmen, daß das künftige Erfordernis für diese Leistungen hinter diesem Betrage zurückbleiben wird. Im Gegenteil!

Bisher handelte es sich um das gesetzliche Mindestausmaß der Unterstützungen, deren Deckung je zur Hälfte (statt wie bisher zu ein Drittel und zu zwei Drittel) von den Unternehmern und Arbeitern getragen werden soll. Es hat sich gezeigt, daß die Ausdehnung der Unterstützungsdauer sowie die Erweiterung der Ersatzpflicht gegenüber den Heilanstalten, wozu noch die Überwälzung der Heilkosten für Betriebsunfälle kommt, zwar eine Erhöhung des absoluten Aufwandes herbeiführen muß, daß jedoch diese Erhöhung keineswegs den Versicherten zugute kommt, weil gleichzeitig durch die Fixierung der Höhe des Krankengeldes mit 40, 80, 120, 200, 300 und 400 Hellern der relative Anteil an der wichtigsten Versicherungsleistung, dem Krankengelde, für die Kassenmitglieder sinkt. Die letzteren profitieren demnach von der Erhöhung der Unternehmerbeiträge auf die Hälfte der Gesamtprämie nur wenig oder nichts, denn jede Erweiterung der Kassenleistungen, insbesondere die Ausgestaltung der Heil- und Rekonvaleszentenpflege, die Einführung der Angehörigenversicherung sowie der außerordentlichen Unterstützungen fällt gänzlich den Kassenmitgliedern zur Last.

Weitaus schwieriger noch als in der Krankenversicherung ist die Berechnung des Beitragserfordernisses für die **Invaliditätsversicherung**, da hier die Erfahrungen und somit auch die statistischen Grundlagen für Österreich vollständig fehlen. Das Regierungsprogramm berechnet die jährlichen Beitragsleistungen

mit 56,8 Millionen Kronen, die je zur Hälfte von den Dienstgebern und von den Versicherten aufzubringen sein werden. Es schätzt im fünften Jahre der Versicherung den Aufwand an Invaliditäts- und Altersrenten auf 3,4 Millionen Kronen und läßt ihn bis zum 70. Jahre der Versicherung, wo der Sättigungspunkt als erreicht angenommen wird, auf 120,6 Millionen steigen. Die Kapitalsabfertigungen an Hinterbliebene, Witwen und Waisen, welche schon im ersten Jahre zahlbar sein werden, schätzt es auf eine halbe Million, im 70. Jahre der Versicherung auf 11,6 Millionen. Die Beitragsrückerstattungen werden im fünften Jahre der Versicherung mit 1,1 Millionen Kronen, im 70. Jahre mit 2,6 Millionen angenommen, die Verwaltungskosten jährlich mit 7 Millionen. Von diesem Gesamtaufwande hätten die Versicherten im ersten Jahre 5,5 Millionen, im 70. Jahre 99,1 Millionen, der Staat 2. bzw. 42,8 Millionen Kronen zu tragen. Wiederum muß hier daran erinnert werden, daß die Zahl der landwirtschaftlichen Arbeiter von der Regierung augenscheinlich zu hoch angenommen worden ist. Demgemäß wird die mit 24 Millionen Kronen berechnete Belastung der Landwirtschaft, wovon 12 zu Lasten der Dienstgeber fallen sollen, wesentlich zu reduzieren sein. Aber noch ein anderes ergibt sich: die Landwirtschaft, welche bisher für die Gesamtkosten der Krankenfürsorge für das Hausgesinde aufzukommen hatte, wird künftig hinsichtlich dieser Kosten entlastet werden, weil die Versicherten einen Teil derselben zu übernehmen haben. Die so ersparte Hälfte wird für die Zwecke der Invaliditätsversicherung zur Verwendung gelangen, welche die Dienstgeber in der Landwirtschaft mit 7 Millionen belasten soll, woraus sich ergibt, daß die von den Grundbesitzern bisher verausgabten Beträge trotz der Einführung der Invaliditätsversicherung keine wesentliche Erhöhung erfahren dürften. Ähnliches gilt von der Belastung der übrigen Arbeitgeber durch die Versicherung der häuslichen Dienstboten. Da für die Eisenbahnen und den Bergbau heute schon Pensions- und Provisionsinstitute bestehen, so kann auch hier kaum von einer nennenswerten Mehrbelastung durch die Invaliditätsversicherung gesprochen werden. Es verbleiben also lediglich die gewerblichen Betriebe, für welche die mit 35 Millionen berechneten Kosten der Invaliditätsversicherung eine Neubelastung darstellen, da die Hälfte dieser Kosten auf das Konto der Unternehmer kommt.

Die Verwaltungskosten veranschlagt das Programm mit 1 Krone für jede versicherte Person, was durchschnittlich 10 Proz. der Prämien ausmachen würde. Vorsichtshalber werden aber 10 Proz.

angenommen, weil die Einhebung durch die Krankenkassen kostspieliger ist als das in Deutschland übliche, viel beklagte Markensystem. Überdies werden noch Sicherheitszuschläge als erforderlich erachtet, weil die für die Rechnung benutzten Grundlagen — wie die Regierung selbst betont — jeder Verläßlichkeit entbehren und die Erfahrungen in Deutschland zur größten Vorsicht mahnen. Im Widerspruch mit dieser Anschauung steht es nun, wenn die Regierung die Prämien gleich für zwölf Jahre festsetzt. Eine angemessene Abkürzung dieses Zeitraumes wäre aus den von der Regierung selbst angeführten Gründen wohl am Platze. Bei dieser Gelegenheit sei übrigens bemerkt, daß auch die 20jährige Fixierung der Krankenversicherungsbeiträge, wiewohl hier die Grundlagen verläßlichere sind, besser zu beseitigen wäre. Es liegt gar kein zureichender Grund vor, den Kassen in diesem Punkte Beschränkungen aufzuerlegen, von denen sie bisher frei waren. Sowohl hinsichtlich der Kranken- wie der Invaliditätsversicherung muß ferner die Frage aufgeworfen werden, ob die neue Festsetzung der Beiträge nach erfolgter Überprüfung zweckmäßig nur im Gesetzgebungswege erfolgen soll.

Ganz offenkundig kommt die Tendenz zur Entlastung der Dienstgeber in der Unfallversicherung zum Ausdruck. Es handelt sich bei der Regierung darum, ein weiteres Anwachsen des Gebarungsabganges hintanzuhalten, wohingegen sie hinsichtlich der Beseitigung des vorhandenen Defizits erforderliche Maßnahmen anzugeben unterläßt. Diese Unterlassung ist eine so auffällige Tatsache, daß sie nur aus einer Annahme erklärt werden kann, der Annahme nämlich, daß die Regierung selbst hinsichtlich der Deckung des vorhandenen Defizits vollständig ratlos ist. Und doch gibt es, wenn man nicht zu einer ganz unmöglichen Kürzung der Ansprüche greifen will, nur zwei Wege, um den Gebarungsabgang zu beseitigen. Entweder müssen die Unternehmer durch Hinaufsetzung des Beitragstarifs für den Gebarungsabgang aufkommen, oder aber es hätte der Staat die Amortisierung vorzunehmen, bzw. es wären Unternehmer und Staat heranzuziehen. Mit einer dieser Möglichkeiten, die unvermeidliche Notwendigkeiten sind, wird sich die Industrie und die Regierung vertraut machen müssen. Hier näher auf dieses Kapitel einzugehen, erscheint aus Raummangel nicht angebracht. Um so notwendiger ist die Prüfung der Frage, ob die zur Hintanhaltung eines künftigen Defizits vorgeschlagenen Maßnahmen ausreichen. Durch die Verlängerung der Karenzzeit auf die Dauer des Heilverfahrens sowie durch den Ersatz der

kleinen Renten durch Abfertigungen, endlich durch den Wegfall der Versicherung landwirtschaftlicher Maschinenbetriebe glaubt die Regierung 2 794 000 Kronen ersparen zu können, wodurch sich das Erfordernis in der Unfallversicherung auf 18 461 000 Kronen, d. i. 2,07 Proz. der Lohnsumme im Durchschnitt der Jahre 1897—1901 reduzieren würde. Da im Jahre 1901 die tatsächlichen Beitragseinnahmen 1,89 Proz. der Lohnsumme betrugen, so würde sich auch nach der Rechnung der Regierung eine Differenz ergeben, deren Ausgleichung sie von der Einführung individueller Beitragsvorschreibungen erwartet; überdies werden Zusatzbeiträge vorgesehen. Im Vertrauen auf die Wirkung dieser Maßnahmen glaubt die Regierung die Kontingentierung der gegenwärtigen Beitragseinnahmen empfehlen zu können, d. h. der Gesamtbeitrag würde auch nach Durchführung des Reformprogramms für die Betriebe der gleiche sein wie jetzt, doch würde sich der Beitrag in den einzelnen Gefahrenklassen infolge der Revision derselben, die durch die Kontingentierung erforderlich wäre, anders stellen.

Der Effekt der von der Regierung vorgeschlagenen Maßnahmen wäre also, daß die Gesamtlasten sowohl in der Unfall- wie in der Krankenversicherung keine Erhöhung erfahren würden. Auch in der Krankenversicherung nicht trotz der Verlängerung der Unterstützungsdauer und der erweiterten Ersatzpflicht an die Spitäler, sowie trotz der Übernahme der Heilkosten für die Unfälle, weil diese Erweiterung der Verpflichtungen durch die allgemeine Herabdrückung des Krankengeldes infolge der Fixierung und der Unifizierung desselben paralysiert wird. Nur die Verteilung der Lasten zwischen Unternehmern und Arbeitern würde eine andere werden. Die Beiträge zur Unfallversicherung, welche bisher zu 10 Proz. von der Arbeiterschaft getragen wurden, würden gänzlich auf das Konto der Unternehmer kommen (18 Millionen pro 1902). Die Beiträge für die Krankenversicherung würden künftig zur Hälfte von den Unternehmern getragen werden (22 Millionen pro 1902). Dazu kämen noch die halben Beiträge für die Invalidenversicherung per 17½ Millionen, so daß also für die Unternehmer, welche bisher 29,3 Millionen aufzubringen hatten, eine Mehrbelastung von 28,2 Millionen erwachsen würde.

Die bei der Unfallversicherung gemachten Erfahrungen sowie das Beispiel Deutschlands haben die Regierung veranlaßt, auch einen staatlichen Zuschuß in Aussicht zu nehmen. Derselbe gilt bloß für die Invalidenversicherung, wenn man davon absieht, daß der Staat in Zukunft die Kosten der Schiedsgerichte sowie des

Obergerichtes tragen will, welche Einrichtungen für alle Versicherungszweige gelten. Der Zuschuß des Staates würde zunächst mit einem fixen Verwaltungsbeitrag an die Reichsanstalt im Betrage von jährlich 2 Millionen Kronen, sodann aber auch in der Aufbesserung jeder liquiden Rente um 90 Kronen jährlich bestehen. Diese Art der Beitragsleistung ist für den Staat die bequemste; sie enthebt ihn der Notwendigkeit, das Risiko in allen seinen Steigerungsmöglichkeiten mittragen zu müssen, was zumal bei der Unfallversicherung von außerordentlicher Bedeutung wäre, ist also vom fiskalischen und technischen Standpunkte kaum anfechtbar; um so mehr freilich vom sozialpolitischen. Eine weitere Heranziehung des Staatsschatzes zu den Zwecken der Invaliditätsversicherung ist dadurch beabsichtigt, daß der Staat für den Entgang an Prämien während der aktiven Militärdienstzeit eines Versicherten aufkommen soll, indem er für jeden ausfallenden Wochenbeitrag einen Teil der zu leistenden Rente auf sich nimmt.

Würde dies teilweise wenigstens auch für die Arbeitslosen geschehen, dann könnte man nicht bloß von einem sozialpolitisch überaus wertvollen Fortschritte sprechen, es wäre dann auch möglich, die Einbuße der Rentenanwärter bei Beschäftigungslosigkeit zu verringern und auf ein Minimum zu reduzieren, wenn nicht ganz zu beseitigen. Allein es ist überaus bedenklich, an den Staat erhöhte Ansprüche zu stellen, wenn nicht zuvor die Gewähr gegeben ist, daß die Quellen, welche zur Deckung des neuen Erfordernisses geöffnet werden müssen, auch dem sozialpolitischen Zwecke entsprechen. Durchaus perhorresziert muß es werden, wenn die indirekte Besteuerung für Zwecke der Arbeiterversicherung erweitert werden sollte. Hingegen müßte es auf das freudigste begrüßt werden, wenn etwa im Wege von Zuschlägen zur Personaleinkommensteuer, oder durch andere direkte Abgaben die Mittel zur Deckung des staatlichen Zuschusses aufgebracht werden würden. In diesem Falle könnte es sogar zugegeben werden, daß ein großer Teil des Gesamterfordernisses für die Zwecke der Arbeiterversicherung im Wege der Besteuerung hereingebracht würde. Abgesehen von der Aussichtslosigkeit jedoch, welche für das Verlangen des Steuerweges prognostiziert werden muß, wäre es nicht zu empfehlen. dem Wunsche der Industrie nach vollständiger Überwälzung des Gesamterfordernisses auf die Allgemeinheit Rechnung zu tragen. vielmehr erscheint es ratsam, bei dem bisherigen System der direkten Haftung der unmittelbaren Interessenten zu verbleiben. Dies braucht aber durchaus nicht auszuschließen, daß der Staat

einen größeren Teil des Erfordernisses, als dies nach dem Programm in Aussicht genommen ist, selbst deckt. Ja, man könnte, wiewohl die drei Versicherungskreise nicht kongruent sind und das Erfordernis für dieselben ein ungleiches ist, dennoch eine Drittelung der Gesamtbeitragsleistungen derart herbeiführen, daß Arbeiter, Unternehmer und Staat je ein Drittel des Gesamterfordernisses übernehmen. Schon die bisherigen Berechnungen lassen erkennen, daß man von diesem Verhältnis nicht allzuweit entfernt ist. Nach der Berechnung des Programms ergibt sich, wie bereits erwähnt, daß von der voraussichtlich jährlichen Beitragsleistung 81 Millionen auf die Dienstgeber und 59 Millionen auf die Versicherten entfallen. Da im 70. Jahre des Bestandes der Versicherung der staatliche Zuschuß mit 42,8 Millionen angenommen wird, so ist es weniger die absolute Differenz zwischen dem in Aussicht genommenen Zuschuß und dem vollen Drittel, welches nach Aufteilung der gesamten Beitragsleistung auf den Staat entfiele, als vielmehr der Umstand, daß der Staat seinen Beitrag nicht als sofort fällige Prämie sondern bloß als nachträglich zahlbaren Zuschuß aufgefaßt wissen will.

Das Problem der Arbeiterversicherung ist vor allem ein finanzielles Problem. Eine aufmerksame Überprüfung des Finanzplanes wird daher von allen Interessenten, zumal im Hinblick auf die traurigen Erfahrungen in der Unfallversicherung, begehrt werden müssen. Die Erwartungsmöglichkeiten dürfen nicht wieder unterschätzt werden, vielmehr erheischt die Schwierigkeit der Gesetzwerdung eine Beruhigung vor allem im Hinblick auf die Verläßlichkeit der Rechnungsgrundlagen. Insbesondere in dem neuen Zweige der Invalidenversicherung erscheint eine solche Überprüfung der angenommenen Invaliditätswahrscheinlichkeit geboten. Aber auch die Frage des Zinsfußes, welcher mit 4 Proz. angenommen wird, wird in strenge Erwägung zu ziehen sein, wenngleich die Annahme, daß die Folgen eines etwaigen Rückganges des Zinsfußes durch die Wahl eines aus den deutschen Beobachtungen abgeleiteten bedeutend höheren Vermehrungsfaktors für Versicherungspflichtige ausgeglichen werden könne, wohl berechtigt ist.

Es ist eines der charakteristischen Merkmale der Arbeiterversicherung, daß sie zum Unterschiede von der bürgerlichen Privatversicherung neben den Geldleistungen auch **Naturalleistungen** kennt. Schon die geltende Gesetzgebung hat solche für die Krankenversicherung eingeführt, indem sie vom Krankheitsbeginne an die Beistellung freier ärztlicher Hilfe mit Inbegriff des geburtshilflichen Beistandes sowie der notwendigen Heilmittel und

sonstigen therapeutischen Behelfe, ferner in gewissen Fällen Krankenhauspflege vorschrieb. Den Krankenkassen verursachte die Beistellung dieser Leistungen ganz außerordentliche Schwierigkeiten. Insbesondere gilt dies im Hinblick auf die notwendige Organisation des ärztlichen Dienstes, der die Kassen zwang, zu den Interessen der Ärzte in einen gewissen Gegensatz zu treten. Denn nach der Vorschrift des Gesetzes sind die Kassen nicht bloß verpflichtet, einen ärztlichen Kontrollapparat einzurichten, dem die Feststellung und Prüfung der Arbeitsfähigkeit der Kassenmitglieder obliegt, sie sind vielmehr im Sinne des Gesetzes genötigt, den ärztlichen Dienst zum Zwecke der Heilbehandlung der Kassenmitglieder zu organisieren. Die Durchführung dieser erweiterten Aufgabe der Krankenkassen liegt sowohl im Interesse der Mitglieder wie auch der Kassen selbst. Der Mitglieder deshalb, weil diese dadurch der ärztlichen Behandlung teilhaftig werden, die sie trotz des Krankengeldes sonst wohl nur in Ausnahmefällen in Anspruch nehmen würden; im Interesse der Kassen, weil sie dadurch die Gewähr erhalten, daß die Arbeitsunfähigkeit nicht über die normalmäßige Dauer ausgedehnt werde. Immerhin ergeben sich hinsichtlich des Ausmaßes der Behandlung in der Praxis für die Kassen sowohl, als auch für die Ärzte gewisse Beschränkungen nicht bloß zeitlicher und quantitativer sondern auch solche qualitativer Natur. Es ist ohne weiteres klar, daß trotz aller Bemühungen der Kassen und der Ärzte eine Art Massenordination eingeführt werden mußte, bei der individuellen Ansprüchen nicht immer in der wünschenswerten Weise Rechnung getragen werden konnte. Daß dies nicht möglich war, lag und liegt weder an den Ärzten noch an den Kassen sondern lediglich an der Unzulänglichkeit der den letzteren zur Verfügung stehenden Mittel sowie an der fehlerhaften Organisation des Kassenwesens, die notwendigerweise eine unökonomische Verwendung der vorhandenen Mittel mit sich bringt. Da, wo es den Kassen durch die Organisation von Verbänden gelang, eine einheitliche Organisation des ärztlichen Dienstes zu schaffen, haben sich auch die Leistungen auf dem Gebiete der Heilbehandlung nicht unwesentlich gebessert.

Im allgemeinen jedoch müssen sich die Kassen und die Ärzte auf ein vom Gesetz und von der Praxis erzwungenes Minimum sowohl hinsichtlich der Leistungen der Kassen an die Ärzte als auch hinsichtlich der Leistungen der Kassen und Ärzte an die Kassenmitglieder beschränken. Der Komplex der Übelstände, wel-

cher sich daraus ergibt, konzentriert sich in der sog. Ärztefrage, deren Wesen nicht bloß in dem Mißverhältnis zwischen den Honoraranforderungen der Ärzte und den Kassenmitteln sondern auch in der Unzufriedenheit der Kassenmitglieder mit der Behandlung durch die letzteren besteht. Nebenher gehen auch die Differenzen, die sich aus den maßgebenden Kompetenzen der Kassenleitungen gegenüber den Ärzten ergeben. Alle diese Schwierigkeiten glauben die Ärzte durch die Einführung der freien Ärztewahl beseitigen zu können, von der sie sich sowohl eine materielle Aufbesserung ihres Einkommens aus dem Titel der Krankenversicherung als auch eine gewisse Unabhängigkeit von den Kassenvorständen versprechen, während die Kassen grundsätzlich an dem System der beamteten Ärzte festhalten und es vermeiden, konkrete Vorschläge zur Reform zu machen.

Was nun die Regierung in ihrem Programm zur Beseitigung dieses Gegensatzes vorschlägt, bedeutet keineswegs die Regelung der Ärztefrage, wiewohl sie es unternimmt, zwischen den beiden Interessentengruppen — Ärzten und Kassen — zu vermitteln. An die materielle Seite der Frage rührt sie nur insofern, als sie sich vorbehält, im „Notfalle", d. h. offenbar wenn eine Einigung zwischen Ärzten und Kassenvorständen nicht anders zu erzielen sein sollte, im Verordnungswege ärztliche Minimal- und Maximaltarife festzusetzen. Es ist nach den bisherigen Erfahrungen mehr als fraglich, ob es gegebenenfalls der Regierung gelingen würde, trotz der vorgeschriebenen Bedachtnahme auf die Wünsche beider Interessengruppen beide zu befriedigen und die Einseitigkeit zu vermeiden. Auch zeigt sich hier eine gewisse Überschätzung des bureaukratischen Systems, die erfahrungsgemäß auf Selbsttäuschung beruht. Wenn auch gegen eine Intervention der Regierung in Streitfällen kaum von irgend einer Seite Einwendungen erhoben werden dürften, so ist es doch mehr als zweifelhaft, ob sich die streitenden Parteien der diskretionären Gewalt der Aufsichtsbehörde vorbehaltlos anvertrauen würden. Im Interesse der Ärzte sowohl wie der Kassen und nicht zuletzt auch in Berücksichtigung der durch die behördliche Autorität zu schützenden Interessen der Kassenmitglieder scheint es deshalb gelegen zu sein, wenn bei der Festsetzung von ärztlichen Minimal- und Maximaltarifen sowie überhaupt bei der Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Kassen diesen selbst der ihnen gebührende Einfluß voll eingeräumt werden würde. Es wäre sowohl überflüssig als schädlich, wenn die Regierung hier eine Verantwortung auf sich laden würde, die besser von den Interessenten allein getragen wird.

Noch mehr dürften sich die Kassen gegen jene Einschränkung ihrer bisherigen Befugnisse aussprechen, die darin besteht, daß die Regierung der Aufsichtsbehörde das Recht einräumt, die Bestellung weiterer Ärzte anzuordnen, wenn die Zahl der Kassenärzte nicht als ausreichend erachtet wird. Woher will die Aufsichtsbehörde die Kenntnis schöpfen, daß in einem bestimmten Falle der ärztliche Dienst unzureichend eingerichtet ist? Ein eventueller Konflikt zwischen Ärzten und Kassen besagt noch nichts. Und es den Ärzten überlassen, ob sie unter gegebenen Umständen ihren Verpflichtungen nach wissenschaftlicher Überzeugung nachzukommen vermögen oder nicht, ist deshalb eine prekäre Sache, weil schließlich das Urteil darüber, ob die Qualität der ärztlichen Behandlung genügt, vor allem auch den Kassenmitgliedern zukommt. Deren Urteil aber gelangt in der Willensäußerung der Kassenvorstände zum Ausdruck und kann nicht leicht durch die letzteren gefälscht werden. Bestimmte Normen lassen sich sonach hinsichtlich der Regelung des ärztlichen Dienstes und der Festsetzung der ärztlichen Honorare nicht aufstellen, weil die Bedürfnisse der Kassenmitglieder von Ort zu Ort wechseln und in den einzelnen Fällen daher individualisierend vorgegangen werden muß. Die Möglichkeit hierzu ist aber der mehr oder minder fernstehenden Aufsichtsbehörde in den meisten Fällen fast völlig benommen und nur den Organen der Kassen gegeben, welche vermöge ihrer Tätigkeit und Funktion in den intimsten Beziehungen zur Kassenmitgliedschaft stehen und deren Bedürfnisse daher am genauesten kennen müssen. Aus diesem Grunde scheint es keineswegs zweckmäßig zu sein, die Kompetenz der Kassenvorstände in diesem Punkte ohne zwingende Not einzuschränken.

Immer wieder muß es daher wiederholt werden, daß die Ärztefrage zum weitaus größten Teil eine materielle Frage ist und daß diese nur durch die Steigerung der finanziellen Leistungsfähigkeit der Kassen gelöst werden kann. Zwar wird ein gewisser Gegensatz zwischen den beiden Interessentengruppen immer fortbestehen. Allein ebenso ausgeschlossen ist es, den Gegensatz aufzuheben, in welchem das Wesen des Versicherungszwanges zur freien Ärztewahl steht. Zwang und Freiheit sind eben nicht bloß begrifflich sondern auch praktisch unvereinbar. Das Interesse der Ärzte liegt deshalb nicht in einer Einschränkung der Kassenbefugnisse und des Versicherungszwanges sondern in der planmäßigen Fortentwicklung der sozialen Versicherung, in der zweckbewußten Organisation des Zusammenwirkens aller Faktoren. Die Aus-

schaltung überflüssiger Regiespesen durch die Beseitigung der Kassenzersplitterung, die Einbeziehung neuer Kreise von Versicherungspflichtigen, die Entlastung der Kassen von Agenden, Aufgaben und Leistungen, die ihnen heute durch ein mangelhaftes Gesetz und durch die Schwierigkeiten der Verhältnisse aufgebürdet sind, werden große Mittel freimachen für die zweckmäßige Ausgestaltung des ärztlichen Dienstes, aber auch für die bessere Dotierung desselben.

Weitaus einfacher liegen die Dinge in bezug auf die Beistellung der Medikamente und therapeutischen Behelfe. Hier besteht das Problem wesentlich darin, durch Herstellung einer eigenen Arzneitaxe für die Krankenkassen diese vor einer übermäßigen Inanspruchnahme zu schützen.

Leider unterläßt es die Regierung vollständig, in dem vorgelegten Programm ihre Absichten in der Arzneifrage anzudeuten. Die Reserve, die sie sich in diesem Punkte auferlegt, wird nur daraus erklärlich, daß die Organisation der Kassen und Verbände künftig gefördert werden soll und daß den Kassenverbänden die Befugnis eingeräumt wird, mit Ärzten, Apothekern und Krankenhäusern gemeinsam Verträge abzuschließen, sowie Apotheken und Heilanstalten selbst zu errichten. Der Wert dieser Maßregel wird freilich dadurch beeinträchtigt, daß die Errichtung von Kassenverbänden als eine fakultative erklärt wird und daß man von dem Drucke der Verhältnisse eine raschere Entwicklung der Verbandsorganisation erwartet, die teilweise auch die Gegensätze zwischen den verschiedenen Kassenkategorien selbst überwinden soll.

Die Leistungen der Krankenkassen können nicht bloß teilweise, sondern auch ganz in natura beigestellt werden durch die Verpflegung in einem öffentlichen Krankenhause. Die Anordnung hierzu ist nur in bestimmten Fällen (bei Vorhandensein häuslicher Pflege) an die Zustimmung des Kassenmitgliedes gebunden. Eine Erweiterung des freien Dispositionsrechtes der Kassen findet insofern statt, als auch die in häuslicher Pflege befindlichen Kranken selbst gegen ihren Willen in ein Spital gewiesen werden können, wenn sie sich den Anordnungen des Kassenarztes nicht fügen und so den Genesungsprozeß verzögern. Um den Kranken zur Folgeleistung zu zwingen, wird der Kasse die Befugnis eingeräumt, das Krankengeld ganz zu entziehen oder auf die Hälfte zu reduzieren, wenn das Mitglied aus seinem Arbeitsverdienste den Unterhalt für seine Angehörigen bestritten hat. Darnach wird also den Kassen eine Art Disziplinarrecht gegenüber

den Kranken eingeräumt, welches unter Umständen auch deren Angehörige treffen kann. Die Notwendigkeit eines solchen Rechtes im Hinblick auf die Zweckmäßigkeit eines möglichst raschen Heilerfolges, der selbstverständlich vor allem auch im Interesse des Erkrankten gelegen ist, kann wohl nicht geleugnet werden. Allein es ist doch zu erwägen, daß die Art der Behandlung durch die fix besoldeten Kassenärzte eher als das System der freien Ärztewahl zur Spitalspflege zu drängen geeignet ist und daß insbesondere dort, wo infolge der — wenn auch nur vorübergehenden — Überbürdung der Kassenärzte oder durch die Ausdehnung des Kassensprengels die Kontrolle erschwert ist, leicht die Gefahr eintreten kann, daß der Kassenarzt zum Zwecke seiner Entlastung oder auch die Kasse selbst die Spitalspflege anordnet, ohne daß es das Verhalten des Kranken oder die Art seiner Erkrankung unbedingt erfordern würde, ja es ist sogar nicht ausgeschlossen, daß dort, wo der Einfluß der Kassenmitglieder auf die Verwaltung aus irgend welchen Gründen ein schwacher ist und bureaukratische Rücksichten seitens der Aufsichtsbehörde oder finanzpolitische der an der Erhaltung der Spitalspflege interessierten Gemeindeverwaltungen vorwalten, gleichfalls eine ungebührliche Begünstigung der Spitalspflege auf Kosten der häuslichen stattfindet. Es kommt dazu das weitere Moment, daß nach dem Regierungsprogramm die Spitalspflege auch ohne Zustimmung der Kasse in Anspruch genommen werden kann, so daß also die Kassen auch deshalb mehr als bisher für die Erhaltung der Krankenanstalten tributpflichtig gemacht werden können. Endlich ist noch in diesem Zusammenhange festzuhalten, daß die sog. Teilversicherten — das sind die in die Versicherung einbezogenen landwirtschaftlichen Arbeiter sowie die häuslichen Dienstboten und Lehrlinge — überhaupt nur auf die Naturalleistungen Anspruch haben und daß diese, insbesondere die Spitalskosten, demnach in Zukunft absolut und relativ einen weitaus größeren Teil des Kassenaufwandes erfordern werden. Da ferner das Krankengeld und zwar im Gegensatz zur bisherigen Vorschrift nicht bloß bis zur Dauer von 4 Wochen sondern während der gesamten Zeit der Spitalsbehandlung gezahlt werden soll, so ergibt sich auch daraus eine gesteigerte Belastung der Kasse aus dem Titel der Spitalskosten. Dafür sollen freilich die Kassen von der Leistung des Krankengeldes an den Versicherten und zwar auch in den wenigen Fällen, in welchen die Spitalspflege nicht für Rechnung der Kasse erfolgte, vollständig befreit werden. Diese Einschränkung der jetzt geltenden Ansprüche von im Spitale

verpflegten Kassenmitgliedern, die vielleicht versicherungstechnisch und juristisch, keineswegs aber sozialpolitisch begründet werden kann, stellt eine einschneidende Änderung dar, welcher große prinzipielle Bedeutung zukommt. Denn sie besagt nicht weniger, als daß das versicherte Krankengeld kein unbedingter Rechtsanspruch ist, der bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit fällig wird, sondern daß auch die Bedürftigkeit vorhanden sein muß, ein Erfordernis, das bisher in der sozialen Versicherung überflüssig war. Daß sich künftig der Anspruch nicht ausnahmslos auf die Prämienleistung gründen soll, daß in das System der Arbeiterversicherung ein Moment der Armenpflege einbezogen werden soll, bedeutet nun keineswegs eine Ausgestaltung des sozialen Gedankens der Arbeiterversicherung sondern eine Rückbildung desselben. Aber ist es denn wahr, daß die Bedürftigkeit des Spitalkranken eine geringere ist? Die Frage muß bedingungslos verneint werden. In den allermeisten Fällen handelt es sich um ledige Personen, die ohne verwandtschaftliche Hilfe in der Stadt ihr Brot verdienen müssen und in der Regel ganz auf sich allein angewiesen sind. Und diesen soll das restliche Krankengeld nicht ausgefolgt werden? Die Abweichung von der bisherigen Gepflogenheit erscheint mit dem Zwecke der Spitalsbehandlung und mit der ganzen Tendenz der Krankenversicherung nicht vereinbarlich. Denn es ist bekannt, daß viele Spitäler aus naheliegenden Gründen zeitweilig wenigstens auf die möglichst rasche Evakuierung der Kranken bedacht sein müssen und daß der Spitalskranke nach seiner Entlassung in höherem Grade noch als der häuslich verpflegte Kranke einer Art Nachkur bedarf, wenn die Krankheit längere Zeit hindurch angedauert hat und dadurch eine größere Schwächung des Organismus eingetreten ist. Da die vom Programmentwurf vorgesehene Rekonvaleszentenpflege bloß als fakultative, von den Versicherten selbst zu deckende Leistung gedacht ist, kann von einer wirklichen Beeinträchtigung der Interessen der Versicherten gesprochen werden, wenn der Überschuß des Krankengeldes den aus dem Spital Entlassenen, bzw. der ganze Betrag denjenigen, für welche nicht die Kasse aufzukommen hatte, vorenthalten werden sollte. Es ist ein Widerspruch eigener Art, wenn die Regierung die Entziehung des Krankengeldes in diesen Fällen damit motiviert, daß ja die aus der häuslichen Krankenpflege Entlassenen gleichfalls keine weitere Unterstützung ausgefolgt erhalten, obwohl sie sich nicht in einer günstigeren materiellen Lage befinden als jene. Letzteres vorausgesetzt aber nicht zugegeben, würde logischerweise aus dieser An-

sicht bloß folgen, daß auch dieser Kategorie von genesenen Kassenmitgliedern als Ersatz der Rekonvaleszentenpflege noch das Krankengeld für 8 oder 14 Tage ausbezahlt werden sollte.

Es kann hier nicht auf die finanzielle Wirkung der erhöhten Ersatzpflicht der Kasse gegenüber den Spitälern eingegangen werden. Selbst wenn tatsächlich dadurch, daß die Kasse für die gesamte Dauer der Spitalspflege, sofern sie nicht die längste Unterstützungsdauer (1 Jahr) überschreitet, aufzukommen hat, die für den Kranken nachteilige vorzeitige Entlassung aus dem Heilverfahren künftig hintangehalten würde, was freilich im Interesse des Kranken gelegen erscheint, so tritt doch auf der anderen Seite durch die Verlängerung der Ersatzpflicht über die bisherigen vier Wochen eine ganz erhebliche Mehrbelastung der Kasse ein, die dadurch nicht viel geringer wird, daß in Zukunft die Verpflegungsgebühr nur in der Höhe des täglichen Krankengeldes geleistet werden soll. Es ist ja sicherlich erfreulich, daß die unfruchtbaren und zwecklosen, oft sogar auch kostspieligen Verwaltungsstreitigkeiten hinsichtlich des Spitalkostenersatzes künftig entfallen, weil das Moment der Zustimmung der Kassen zur Spitalspflege bedeutungslos wird. Aber die Hauptsache ist das nicht; das Problem liegt vielmehr in der Entlastung der Kassen von den Spitalskosten. Gerade sie sollen aber eine Erhöhung erfahren vor allem durch Verlängerung der Haftung durch Übernahme der Unfälle. Daß sich der Aufwand für Spitalspflege durch Verbesserung des kassenärztlichen Dienstes verringern ließe, ist bei dem System der fix besoldeten Kassenärzte wegen der Kosten nicht gut möglich. Im Gegenteil tritt, wie erwähnt, unter Umständen die Gefahr einer Mehrbelastung für die Kasse auf, wenn die Ärzte in Fällen, wo es der Heilzweck nicht erfordert, Spitalspflege anordnen würden.

Die Mehrbelastung der Kasse aus dem Titel der über die vier Wochen verlängerten Ersatzpflicht gegenüber den Spitälern und durch Übernahme der Unfallverletzungen ist demnach kaum ernstlich zu bestreiten und bedeutet eine prinzipielle Veränderung in der Natur der Krankenversicherung, die nunmehr in höherem Ausmaße für Zwecke der Armenpflege herangezogen werden soll. Daran ändert auch die Tatsache nichts, daß künftig die Höhe der Verpflegungsgebühr für die Kasse bedeutungslos wird.

Die Tendenz einer Entlastung derjenigen Körperschaften, denen bisher die Erhaltung der Spitäler auferlegt war, tritt noch deutlicher in der Bestimmung hervor, daß die den Landwirten und sonstigen Dienstgebern auferlegte Verpflichtung, für ihr Haus-

gesinde im Falle der Erkrankung die Verpflegung durch vier Wochen entweder selbst oder durch ein Spital besorgen zu lassen. nach dem Programm vollständig auf die Kassen übergehen soll. Nur gegenüber den Gebäranstalten, welche künftig nicht mehr als Krankenhäuser angesehen werden, entfällt die Ersatzpflicht der Kassen, es werden daher die in den Gebäranstalten untergebrachten Wöchnerinnen ihre vierwöchentliche Unterstützung ungeschmälert erhalten.

Neben den obligatorischen Leistungen der Kassen können künftighin auch Rekonvaleszentenpflege und Angehörigenversicherung sowie andere Leistungen vorgesehen werden. Handelt es sich um die Verabreichung von außerordentlichen Unterstützungen, die über das gesetzliche Maß hinausgehen, oder um die Gewährung von Rekonvaleszentenkuren, so ist ein besonderer Fonds zu errichten. Bei der Angehörigenversicherung können freie ärztliche Behandlung mit Inbegriff des geburtshilflichen Beistandes und Beistellung der notwendigen therapeutischen Behelfe bis zur Dauer eines Jahres an die mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalte lebenden Personen verabreicht werden. Auch die Sterbegeldversicherung für die Ehefrau oder Kinder des Versicherten ist zulässig. Die für die Kostendeckung der Angehörigenversicherung erforderlichen Zuschläge zu den Beiträgen der Kassenmitglieder fließen in den Krankenkassenfonds. Infolge der Übernahme der Betriebsunfälle sowie der steigenden Bedeutung der physikalischen Heilmethoden wird künftig die Rekonvaleszentenpflege einen wichtigen Teil der Kassenleistungen ausmachen. Daneben dürfte die Angehörigenversicherung wegen der wachsenden Kostspieligkeit der ärztlichen Behandlung zurückstehen. Heute ist die Beistellung ärztlicher Hilfe und Medikamente an Familienangehörige vorzugsweise bei Betriebskassen eingeführt, wo auf Naturalleistungen mehr Gewicht gelegt wird. Daß aber die Geldleistungen die wichtigeren sind, beweist der erhebliche Prozentsatz von nichtversicherten Personen bei den freien Vereins- und den Bezirkskassen, die auch nach dem Programm allein berechtigt sind, nicht versicherte Personen zur freiwilligen Krankenversicherung zuzulassen.

Das gemischte Unterstützungssystem der Verabreichung von Geld- und Naturalleistungen ist aber nicht bloß in der Krankenversicherung bei Fällen vorübergehender Arbeitsunfähigkeit sondern auch in der Invaliditäts- und Unfallversicherung bei dauernder Erwerbsunfähigkeit vorgesehen. Die Reichsinvalidenkasse

kann Aufwendungen machen und zwar bezüglich der Versicherten, um drohender Invalidität vorzubeugen, bezüglich der Rentenempfänger, um deren Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen. Zu diesem Zwecke kann der Versicherte in einer Heilanstalt untergebracht werden und zwar soweit es sich um Zeiträume handelt, in welchen die Krankenkasse unterstützungspflichtig ist, unter denselben Voraussetzungen, unter welchen die Kasse berechtigt erscheint, Spitalspflege anzuordnen, im übrigen nur mit Zustimmung des Versicherten. Während der Dauer der Heilstättenpflege ist den Angehörigen des Versicherten eine Unterstützung mindestens in der Höhe des halben Krankengeldes zu gewähren, welches der Lohnklasse entspricht, in die der Versicherte eingereiht ist. Erfolgt die Unterbringung des Versicherten in einer Heilanstalt auf Anordnung der Invalidenkasse, so ist die Krankenkasse von jeder Unterstützungspflicht befreit. Die Verpflegung von Rentenempfängern im Krankenhause, beziehungsweise in der Heilanstalt erfolgt für Rechnung ihrer Rente, jedoch haben Angehörige, zu deren Lebensunterhalt der Rentenempfänger wesentlich beiträgt, Anspruch auf eine Unterstützung in der Höhe der Invalidenrente, die keineswegs den Grundbetrag der dritten Lohnklasse übersteigen darf. An Stelle der Rentenleistung kann mit Zustimmung des Bezugsberechtigten freie Verpflegung in einem Versorgungshause oder in einer ähnlichen Anstalt treten. Ebenso ist es mit Zustimmung des Bezugsberechtigten zulässig, demselben anderweitig den Lebensunterhalt ganz oder teilweise auf Kosten der Rente sicherzustellen. Trunksüchtigen können auf Grund gesetzlicher Bestimmungen oder behördlicher Maßnahmen Beschränkungen auferlegt werden, ohne daß ihre Zustimmung erforderlich wäre.

Analoge Normen berechtigen auch die Unfallversicherungsanstalten zur Einflußnahme auf das Heilverfahren. Grundsätzlich sind die Versicherungsanstalten in jedem Stadium des Heilprozesses befugt, der Krankenkasse, welcher der Verletzte angehört, beziehungsweise dem Betriebsunternehmer, der eine nicht vollversicherte oder eine von der Krankenversicherung überhaupt befreite Person beschäftigt, die Krankenfürsorge abzunehmen. Die Unfallversicherungsanstalt übernimmt in solchen Fällen alle Pflichten und Rechte, die das Gesetz den Krankenkassen hinsichtlich der Unterstützung und der Spitalspflege auferlegt. Ist das Heilverfahren abgeschlossen, so kann die weitere Verpflegung in einer Heilanstalt für Rechnung der Unfallrente nur mit Zustimmung des Verletzten erfolgen. Hingegen ist diese Zustimmung nicht er-

forderlich, wenn der Verletzte die Heilung vorsätzlich verhindert oder verzögert. Wenn zur Beurteilung des Rechtsanspruches auf Unfallrente spitalsärztliche Beobachtung notwendig ist, so kann der Verletzte für die Dauer des Erfordernisses in ein Krankenhaus überwiesen werden. Diese Kosten bilden dann einen Teil der Unfallserhebungskosten der Versicherungsanstalt. So wie die Invalidenkasse können demnach auch die Unfallversicherungsanstalten mit Zustimmung des Versicherten Heilstättenpflege zu dem Zwecke anordnen, um drohender Invalidität vorzubeugen. Im übrigen aber bezweckt die Heilbehandlung von Unfallverletzten ebenso wie die Krankenhauspflege von Krankenkassenmitgliedern die Wiederherstellung der Erwerbs-, beziehungsweise der Arbeitsfähigkeit.

Wir haben schon darauf hingewiesen, daß die Naturalleistungen und damit die Dienste und Aufgaben der Ärzte in Zukunft eine erhöhte Bedeutung erlangen sollen. Die finanzielle Wirkung dieser Tendenz läßt sich natürlich vorläufig noch nicht absehen. Nach den bisherigen Schwierigkeiten zu schließen, die insbesondere die Beistellung der freien ärztlichen Hilfe verursacht und die künftig sich noch steigern dürfte, wäre es übrigens begreiflich, wenn sich innerhalb der Krankenkassen das Bestreben geltend machen würde, an Stelle der freien ärztlichen Hilfe unter gewissen Voraussetzungen ein Geldäquivalent setzen zu können. Es ist bezeichnend, daß sich die Stellung der Ärzte keineswegs gegen die Naturalleistungen richtet; vielmehr sehen die Ärzte sehr wohl ein, daß die obligatorische Beistellung der ärztlichen Hilfe durch die Krankenkassen auch im Interesse der Ärzte selbst gelegen ist, wenigstens soweit Versicherte mit Einkünften bis zu 2400 Kr. jährlich in Betracht kommen. Wogegen sich ihre Einwendungen kehren, ist die Höhe des ärztlichen Honorars und die Art der Berechnung desselben. Die Ärzte übersehen nur, daß ihre Stellung in der Krankenversicherung -- so prekär sie auch sein mag -- noch immer derjenigen vorzuziehen ist, die sie zum großen Teile vordem, ohne den Versicherungszwang, eingenommen haben, ganz abgesehen davon, daß es sich jetzt um die Anpassung an eine unaufhaltsame Entwicklung handelt. Wenn dies damals nicht so sehr zum Ausdruck kam, so deshalb, weil der Bedarf an Ärzten vor Einführung der staatlichen Versicherung ein weitaus schwächerer war und erst seit dem Inkrafttreten der Versicherungsgesetze an Umfang und Intensität zunahm. Das würde sich auch zeigen, wenn — wie gesagt — die ärztliche Hilfe der Krankenkassen

durch Geldleistungen ersetzt werden würde und die Kassen sich auf die Bestellung einiger weniger Kontrollärzte beschränken könnten, obzwar es gerade die obligatorische Versicherung ist, welche den Bedarf an ärztlicher Hilfe gesteigert hat.

So wichtig nun die Naturalleistungen an sich sind, ebenso verfehlt erscheint es, dieselben zum ausschließlichen Zweck der Versicherung zu machen. Wenn die Einbeziehung der landwirtschaftlichen Dienstboten und des Hausgesindes nur unter dem Gesichtswinkel erfolgen soll, diesen versicherungsbedürftigen Personen die Krankenfürsorge, auf welche sie bereits nach den Gesindeordnungen Anspruch haben, für sie — statt wie bisher bei den Dienstgebern — bei der Krankenkasse sicherzustellen, dann mag dies immerhin einen Vorteil für die Versicherten, jedenfalls für die Dienstgeber, keineswegs aber für die Krankenkassen bedeuten. Ja es muß die Befürchtung ausgesprochen werden, daß die Beschränkung auf die Naturalleistungen dazu mißbraucht werden könnte, um die agrarischen Interessenten auf Kosten der städtischen Dienstgeber zu entlasten. Diese Entlastung könnte um so unauffälliger vor sich gehen, als naturgemäß die Krankenfürsorge für die teilversicherten ländlichen und städtischen Dienstboten fast ausschließlich in der Spitalsverpflegung bestehen und die Erhaltung der Spitäler in Zukunft mehr als bisher den Krankenkassen zufallen wird. Hierbei wird leicht eine Überwälzung der bisher den Landwirten obliegenden Krankenfürsorge für die Allgemeinheit eintreten können, insofern als die Kommunal- und Landeszuschläge, aus welchen teilweise die Erhaltungskosten der Spitäler bestritten werden, mehr die städtische als die ländliche Bevölkerung treffen. Aber von allen diesen Befürchtungen abgesehen, gilt vor allem die Frage, ob durch die Teilversicherung der angestrebte Zweck, die soziale Lage — insbesondere des landwirtschaftlichen Proletariats — zu heben, erreicht wird. Es ist heute ein offenes Geheimnis, daß der große Abstand zwischen dem Standard of life der industriellen Arbeiter und jenem der in der agrarischen Produktion beschäftigten Personen die wesentlichste Ursache insbesondere der Arbeiterflucht vom Lande und des unaufhaltsamen Zuges nach der Stadt ist. Der Mangel an landwirtschaftlichen Arbeitern kann nur durch die vollständige Gleichstellung des agrarischen mit dem industriellen Proletariat behoben werden. Wenn schon hinsichtlich der Arbeiterschutzgesetzgebung und des Arbeiterrechtes eine Ausnahme zu ungunsten der landwirtschaftlichen Arbeiter vorhanden ist, so erklärt sich dies aus der über-

ragenden Machtstellung der Agrarier, die sich weder in bezug auf Koalitionsrechte noch in bezug auf den Arbeitsvertrag Einschränkungen gefallen lassen will. Anders aber liegen die Dinge in der Arbeiterversicherung, wo es sich nicht um das Herrenrecht der Landwirte sondern nur darum handelt, der Wanderbewegung des ländlichen Proletariats, wodurch die vielbeklagte Leutenot entsteht und indirekt die Produktionskosten in der Landwirtschaft verteuert werden, einen wirksamen Hemmschuh anzulegen. Es ist nun für jeden Kenner der Verhältnisse klar, daß durch die Teilversicherung das vorhin gekennzeichnete Ziel nicht erreicht werden wird und daß die überschüssige d. h. die nicht im ständigen Dienst des Landwirts stehende Arbeiterschaft nach wie vor industrielle Arbeitsplätze suchen wird, die nicht nur höhere Löhne sondern auch bessere Arbeitsbedingungen, Koalitionsfreiheit und Versicherung für den Fall der Arbeitsunfähigkeit gewährleisten.

Die Krankengeldversicherung soll aber nicht bloß bei den Arbeitern der Landwirtschaft und dem städtischen Hausgesinde sondern bei sämtlichen versicherungsbedürftigen Personen, als Lehrlingen, Volontären und anderen Unmündigen, die wegen noch nicht beendigter Ausbildung einen niedrigen Arbeitsverdienst oder überhaupt keinen Barlohn beziehen, unterbleiben. Und doch ist sie gerade das Wichtigste, sind die Geldleistungen das eigentliche Charakteristische, der Hauptzweck der sozialen Versicherung. Wie verhält sich aber in diesem entscheidenden Punkte das Regierungsprogramm? Es drückt die Geldleistungen herab. Weder die Wöchnerinnen- noch die eigentliche Krankengeldunterstützung erfährt eine Erhöhung. Und doch wäre eine solche dringend geboten, soll der Heilprozeß rasch und vollständig zu Ende geführt und der Zweck der ärztlichen Hilfe wirklich erreicht werden.

Der Wöchnerinnenschutz kann nur wirksam werden, wenn eine sechswöchentliche Fernhaltung von jeder gewerblichen Arbeit gesichert wird; dies aber ist nur möglich, wenn die Wöchnerinnenunterstützung, wenn schon nicht erhöht, so doch von vier auf sechs Wochen verlängert wird. Desgleichen wäre hinsichtlich der Sterbegeldversicherung dem heute schon vielfach empfundenen Bedürfnisse Rechnung zu tragen, daß der Begräbniskostenbeitrag auch nach Erschöpfung des Anspruches auf Krankenunterstützung zu gewähren wäre.

Dafür bringt das Programm eine wichtige Neuerung in der Fixierung der Krankengelder, welche für sämtliche Sprengel der Krankenkasse einheitlich festgesetzt werden. Und zwar sollen dieselben betragen in der

Lohnklasse	1	. . . .	40 h
„	2	. . . .	80 „
„	3	. . . .	129 „
„	4	. . . .	200 „
„	5	. . . .	300 „
„	6	. . . .	400 „

Die gewaltige Differenz, die sich zwischen der 1. und 6. Lohnklasse bemerkbar macht und darin zum Ausdruck kommt, daß das Krankengeld in der 6. Klasse zehnmal so groß ist als in der 1. Klasse, deutet die großen Unterschiede an, die bei der Versicherung zu berücksichtigen sind. Das heute übliche Verfahren, die Krankengelder nach dem für jede Arbeiterkategorie behördlich festgesetzten, in jedem Gerichtsbezirk üblichen Taglohn zu bemessen, hat einen wenn auch nur unvollständigen Einblick in die große Mannigfaltigkeit der in Österreich bestehenden Lohnstufen gewährt. Die so gewonnenen Taglohnsätze, welche bloß rohe Durchschnitte der wirklichen Löhne bedeuten, lassen erkennen, daß nicht allein zwischen Stadt und Land, zwischen Osten und Westen Österreichs und zwischen den einzelnen Gewerben und Berufen sondern auch innerhalb derselben Industriegruppen, ja sogar für die Arbeiter derselben Branchen innerhalb eines bestimmten Bezirkes oft ganz erhebliche Unterschiede sich ergeben. Nun hat das System der Lohnklassen sicherlich zahlreiche Vorteile für sich, Vorteile, die sich wesentlich in der administrativen Gebahrung und leichten Handhabung bemerkbar machen. Es soll auch nicht der extreme Standpunkt vertreten werden, daß in der Krankenversicherung der tatsächliche Arbeitsverdienst die Grundlage für die Bemessung des Krankengeldes abgeben soll. Tatsache aber ist, daß der gegenwärtige Zustand in der Krankenversicherung diesem Ideale weitaus näherkommt und sich immer mehr nähert und daß daher die Beschränkung auf sechs Lohnklassen ein ganz ungerechtfertigter Sprung ist, der abgesehen davon, daß dadurch die Arbeiterschaft zu Schaden kommt, auch keineswegs durch die Notwendigkeit der Vereinfachung administrativer Geschäfte begründet werden kann.

Soll daher das System der Lohnklassen den Kassen wie den Versicherten annehmbar erscheinen, so müssen zwischen der niedrigsten und höchsten Lohnklasse, die das Programm fixiert, zahlreiche Übergänge geschaffen werden und — was nicht minder wichtig ist — es wäre, da die unterste Einkommensgrenze für die Versicherungspflichtigen mit 2400 Kr. ohnedies zu niedrig angesetzt ist, die Zahl der Lohnklassen um einige ent-

sprechend höher fixierte Lohnsätze zu vermehren. In der Krankenversicherung müssen die zahlreichen Übergänge, die das Lohnniveau der österreichischen Arbeiter aufweist, weitaus mehr berücksichtigt werden, als dies durch das Programm geschieht. Selbst mit einer Verdreifachung der Lohnklassen wäre dem tatsächlichen Bedürfnisse nicht genügend Rechnung getragen, und es könnte daher eine Abhilfe nur dadurch platzgreifen, daß Lohnsprengel geschaffen werden, die sich mit den Kassensprengeln selbst möglichst zu decken hätten. Auch wäre die Versicherung in einer höheren Lohnklasse als der erforderlichen ausdrücklich als zulässig zu erklären.

Wie in der Krankenversicherung, so erfährt auch in der Unfallversicherung die Grundlage für die Berechnung der Entschädigungen eine vollständige Veränderung. Der Beseitigung des bis jetzt üblichen Taglohnes in der Krankenversicherung folgt die Beseitigung des Jahresarbeitsverdienstes in der Unfallversicherung. Die Grundlage für die Rentenbemessung bildet das tägliche Krankengeld, welches mit 300 multipliziert die jährliche Vollrente ergibt. Da von jeder Lohnklasse nur der mittlere Lohnsatz in Betracht kommt, so bleiben alle Löhne, die sich über diesen mittleren Lohnsatz erheben, außerhalb der Berechnung. Da andererseits die unterhalb des mittleren Lohnsatzes befindlichen Renten eine Steigerung erfahren, könnte man sich mit der einheitlichen Rechnungsgrundlage für Krankengelder und Unfallrenten befreunden, wenn damit wirklich eine Vereinfachung und Erleichterung in der Durchführung des Gesetzes geschaffen werden würde. Allein die Festlegung des Krankengeldes als Grundlage für die Rentenbemessung wird durchaus nicht aus bloß administrativ-technischen Gründen vorgenommen, vielmehr handelt es sich dabei um einen fiskalischen Zweck: die Herabdrückung des Rentenetats der Anstalten. Zu dieser Vermutung führt auch die Tatsache, daß künftig die Renten für teilweise Erwerbsunfähigkeit bloß in fünf Kategorien nach dem Grade der Erwerbsunfähigkeit abgestuft werden sollen. Die Regierung entspricht damit einem Wunsche der Anstalten, die so eine Einschränkung der Sachverständigen-Tätigkeit und in weiterer Folge auch eine Entlastung der Anstalten herbeizuführen beabsichtigt. Die Versicherten jedoch perhorreszieren jede Art von Rentenschematisierung nicht bloß für die qualifizierten sondern auch für die unqualifizierten Arbeiter; sie erblicken darin nur ein Mittel zu dem Zwecke, um Ersparnisse zu erzielen und die Unternehmer zu entlasten.

Die Leistungen der Invaliditätsversicherung sind Renten für die Versicherten und Kapitalsabfertigungen für ihre Hinterbliebenen. An Stelle der Renten kann, wie erwähnt, die Verpflegung in einer Versorgungsanstalt treten. Die Renten setzen sich aus Grundbeträgen und Steigerungsraten zusammen. Die Karenz für die Invaliditätsrente beträgt 200, die für die Altersrente 1200 Beitragswochen. Bloß für die Kapitalsabfertigung der Witwen und Waisen genügt schon eine Beitragsleistung von 40 Wochen. Vom medizinischen Standpunkte wichtig ist, daß die Altersrente vom 65. Lebensjahre an gewährt werden kann und daß die Invalidität dann als eingetreten gilt, wenn der Versicherte durch eine seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechende Lohnarbeit, die ihm unter Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufes billigerweise zugemutet werden kann, nie mehr $^1/_3$ des Verdienstes erzielt, den körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in der gleichen Gegend zu verdienen pflegen. Die Zuerkennung der Renten erfolgt durch Kommissionen, denen auch Ärzte angehören.

Es kann nicht unsere Aufgabe sein, die Frage zu untersuchen, ob die Dauer der Karenzfristen und die Höhe der Leistungen den sozialhygienischen Anforderungen entsprechen; es ist dies auch überflüssig, denn man weiß ja, daß lediglich fiskalische und finanzpolitische Gesichtspunkte maßgebend sind. Um so heikler, um so komplizierter und großartiger werden sich künftig die Aufgaben der Ärzte in der Arbeiterversicherung gestalten, um so höher wird ihr Einfluß sein auf das Wohl und Wehe nicht nur der Millionen Versicherter, sondern auch ihrer Familien und der öffentlichen Versicherungskorporationen, innerhalb deren Organisation die Ärzte eine bedeutungsvollere Rolle als bisher einzunehmen berufen sind.

Stimmen aus den Grenzgebieten der Medizin und Volkswirtschaft.

Es ist eine dringliche Forderung der Sozialen Hygiene, daß die Wehrfähigkeitsstatistik so ausgestaltet wird, daß sie als ein Gradmesser der Volksgesundheit und als eine Darstellung des Status praesens der biologischen Qualitäten der gesamten Nation angesehen werden kann. Wieweit sie gegenwärtig noch davon entfernt ist, dafür liefern folgende Äußerungen des Münchener Nationalökonomen L. Brentano,[1]) die auch dem Hygieniker zu denken geben, den Beweis: „Während des Streites um den Zolltarif wurde immer und immer wieder betont, daß die Wehrkraft Deutschlands bedroht sei, wenn nicht durch hohe Agrarzölle der fortschreitenden Industrialisierung Deutschlands Einhalt geschehe. Am 9. März 1892 behauptete Professor Sering im deutschen Landwirtschaftsrat, daß die „Industriestädte im Verhältnisse zu ihrer Bevölkerung weniger als ein Drittel so viel waffenfähige Männer stellen als die rein ländlichen Distrikte". Das Gerede von einer um 200 Proz. höheren Tauglichkeit der landwirtschaftlichen Wehrpflichtigen wurde fortan ein beliebtes Argument im Kampfe um höhere Getreidezölle, und selbst Graf Posadowsky hat sich auf die Ergebnisse der Heeresergänzungsstatistik berufen, um an der Hand der Tauglichkeitsziffern die Unentbehrlichkeit höherer Getreidezölle zu beweisen. Als ich das Unhaltbare dieser Behauptungen nachwies, wurde ich von dem gesamten Agrariertum bald wie ein Verbrecher, bald wie ein Monomane behandelt. In Naumanns „Patria" für 1906 habe ich über den ganzen „Streit über die Grundlage der deutschen Wehrkraft" kritisch berichtet. Ich habe keinen Anlaß, darauf zu-

[1]) Berliner Tageblatt vom 23. Februar 1907.

rückzukommen, und möchte nur dem norddeutschen Leser mitteilen, daß die soeben veröffentlichte bayerische Heeresergänzungsstatistik, die einzige, die bisher den Beruf der Eltern der Rekruten berücksichtigt, die überraschenden Aufschlüsse, welche schon die Erhebungen für die Jahre 1902 und 1903 gegeben hatten, auch für das Jahr 1904 bestätigt.[1]) Man hat von agrarischer Seite nämlich stets behauptet, wenn die nicht überwiegend agrarischen Gegenden heute die größere Rekrutenzahl lieferten, so dankten sie dies nur der Zuwanderung von der Landwirtschaft zu den anderen Berufsarten. Nun gehörten im Jahre 1882 noch 50,89 Proz. der bayerischen Bevölkerung der Landwirtschaft an. Danach hätte also in den Jahren 1902, 1903 und 1904 mehr als die Hälfte der bayerischen Rekruten von landwirtschaftlich tätigen Eltern abstammen müssen. Statt dessen stammten

im Jahre	von landwirtschaftlich tätigen Eltern	von anderweitig tätigen Eltern
1902	14 949	17 582
1903	14 782	15 293
1904	14 539	15 758
Summa	44 270	48 633

In den drei Jahren 1902/04 wurden in Bayern also 92903 Rekruten eingestellt. Nach der Berufsverteilung ihrer Eltern zur Zeit ihrer Geburt hätten davon 47278 von landwirtschaftlich tätigen und nur 45625 von anderweitig tätigen Eltern abstammen müssen. Weit entfernt, daß jene agrarische Behauptung ihre Bestätigung fände, ist die Landwirtschaft um 3008 hinter dem, was von ihr an Rekruten zu erwarten war, zurückgeblieben. Die nicht landwirtschaftliche Bevölkerung Bayerns war in dem, was sie an Rekruten zur Wehrkraft des Reiches geleistet hat, der landwirtschaftlichen überlegen. In der „Nation" vom 10. März 1906 habe ich schon gezeigt, daß der Fehlbetrag der Landwirtschaft nicht auf solche bayerische Landesteile beschränkt ist, die sich durch besondere Rasseeigentümlichkeiten und örtliche Verhältnisse von anderen unterscheiden. Die folgende Tabelle zeigt, daß auch die neueste Heeresergänzungsstatistik dies bestätigt.

Hätte Fürst Bülow nicht die Erhebung über den Beruf der Eltern der Rekruten als staatsgefährlich verweigert, so wüßten wir nicht nur für Bayern sondern auch für das ganze Reich Bescheid.

[1]) Vgl. Zeitschrift des kgl. bayerischen statistischen Bureaus, Jg. 38, S. 249.

Es betrug 1882 die landwirtschaftl. Bevölkerung in Prozenten der Gesamtbevölkerung in		Von den eingestellten Rekruten stammten von landwirtschaftlich tätigen Eltern 1902		1903		1904		1902—1904		plus od. minus 1902 bis 1904
		absol.	%	absol.	%	absol.	%	absol.	%	
Oberbayern	44,63	2719	42,26	2657	49,62	2311	46,24	7687	45,79	+1,16
Niederbayern	62,38	1824	62,72	2380	64,22	2385	64,52	6589	63,87	+1,49
Pfalz	46,63	2054	39,09	1586	38,83	1483	33,81	5123	37,32	—9,31
Oberpfalz	57,73	1231	51,55	1491	52,85	1680	53,86	4402	52,85	—4,88
Oberfranken	47,45	1518	41,95	1481	38,34	1514	42,79	4513	41,05	—6,40
Mittelfranken	43,02	1591	37,46	1437	41,96	1398	40,06	4426	39,66	—3,36
Unterfranken	56,17	1884	50,83	1881	51,09	1975	50,01	5740	50,63	—5,54
Schwaben	53,47	2128	53,54	1869	59,14	1793	57,37	5790	56,53	+3,06
Königreich	50,89	14949	45,95	14782	49,15	14539	47,98	44270	47,65	—3,24

Daß dieser nicht im Sinne der Agrarier ausfallen dürfte, zeigt, daß selbst einer meiner heftigsten Gegner, Professor **B a l l o d** soeben in Schmollers Jahrbuch 1907, Seite 385 eingeräumt hat, daß „die Verhältnisse sich mit jedem Jahre mehr zugunsten der industriefreundlichen Auffassung verschieben“ und für 1902/05 nicht mehr behauptet werden könne, daß die Mehrzahl, mindestens aber die Hälfte aller Rekruten aus der Landwirtschaft stammen. Würde eine Erhebung für das ganze Reich korrekt durchgeführt, so bin ich überzeugt, daß meine Behauptung, nur mehr ungefähr ein Drittel der als tauglich befundenen Abgefertigten kämen aus der Landwirtschaft, etwa zwei Drittel aus anderweitigen Beschäftigungen, volle Bestätigung finden würde. Nun hat der Reichskanzler schließlich doch den Einwand der Staatsgefährlichkeit fallen lassen, und es sind im Jahre 1906 auf Veranlassung des Reichsamts des Inneren Erhebungen veranlaßt worden, um auch für das p r e u ß i s c h e Kontingent die Abstammung der Rekruten zu ermitteln. Auch für das sächsische und württembergische Kontingent sollen solche Erhebungen stattfinden. Etwas auffallend ist dabei, daß die gesamte Verarbeitung — auch für Bayern, Sachsen, Württemberg — weder dem kaiserlichen statistischen Reichsamt noch den betreffenden Landesämtern sondern dem preußischen statistischen Landesamt übertragen worden ist. Da sitzen allerdings Herren, die sich bisher am zähesten dagegen gesträubt haben, die Veränderungen in der Zusammensetzung der deutschen Wehrkraft, wie sie sich als naturgemäße Folge der veränderten Berufsgliederung ergeben, anzuerkennen. Allein davon abgesehen, dürfte die ganze Art der Erhebung, wie sie angeordnet ist, nicht geeignet sein, die Entscheidung der Frage nach dem Einfluß des Berufes auf die Tauglichkeit irgend zu fördern. Es ist nämlich angeordnet, daß die Erhebungen

über die Abstammung der Rekruten nicht etwa wie in Bayern bei der Aushebung sondern bei den bereits eingestellten Mannschaften vorgenommen werden soll. Auf diese Weise läßt sich zwar die tatsächliche Zusammensetzung von Heer und Marine feststellen, aber alle die Tauglichen, die wegen bürgerlicher Verhältnisse oder als Überzählige nicht eingestellt worden sind, bleiben dabei außer Betracht. Die Zahl der so nicht Eingestellten betrug für Heer und Marine im Jahre 1904 nicht weniger als 14185 auf 286748, das heißt nahezu 5 Proz. der an sich Tauglichen. Für die Frage der an sich Tauglichen muß eine derartige Erhebung völlig irreführende Ergebnisse bieten. Einen drastischen Beleg dafür bieten die Erfahrungen, die ich bei Ausarbeitung meines in der „Patria" veröffentlichten Aufsatzes bezüglich der Tauglichkeitsziffern von München und Nürnberg gemacht habe. Ich fand für das Jahr 1902 für München A eine Tauglichkeitsziffer von 57,30 Proz., für München B eine von nur 49,44 Proz., für Nürnberg A eine von 59,51 Proz., für Nürnberg B nur von 41,52 Prozent. Mein erster Gedanke war, daß es sich in beiden Städten bei B um verwahrloste Viertel handle. Allein auf Erkundigung wurde mir mitgeteilt, bei beiden Städten umfaßten die Aushebungsbezirke A die Wehrpflichtigen mit den Anfangsbuchstaben A bis K, die Bezirke B der von L bis Z. Da man am Beginn des Aushebungsgeschäfts das Verhältnis des Vorrats zum Bedarf nicht zu überblicken vermag, wird der Arzt, um dem Bedarf unter allen Umständen zu genügen, gar oft in die Zwangslage versetzt, im Verlauf der Aushebung den Maßstab seiner Beurteilung zu verschieben. So kam es, daß mehr Träger von Namen, die mit A bis K angehen, eingestellt wurden als Träger von Namen, die mit L bis Z beginnen. Unter den letzteren fanden sich aber wahrscheinlich ebensoviel Taugliche wie unter den ersteren. Diese Einwirkung des Verhältnisses von Bedarf und Vorrat, macht sich, wie ich in der „Nation" vom 10. März 1906 ziffernmäßig dargetan habe, besonders geltend je nach der Dichtigkeit der Bevölkerung der verschiedenen Landesteile. Je größer die Zahl der Tauglichen ist im Verhältnis zur Zahl der Rekruten, die notwendig eingestellt werden müssen, um die Cadres zu füllen, desto größer ist auch die Zahl der wegen bürgerlicher Verhältnisse oder als Überzählige dem Landsturm und den Ersatzreserven überwiesenen. Bei der Erhebung der Herkunft der Soldaten bei der Truppe, wie sie angeordnet worden ist, werden die dünner bevölkerten agrarischen Gegenden einen größeren, die dichter bevölkerten industriellen Gegenden einen geringeren

Prozentsatz von Truppen aufweisen, als ihnen wirklich zukommt. Das Ergebnis wird ein falsches Bild sein.

Die wirkliche Tauglichkeitsziffer ist aber von der größten Bedeutung nicht nur in militärischer Beziehung sondern mit Rücksicht auf die gesamte Volkswohlfahrt. Unser gesamtes Leben ist in der lebhaftesten Umgestaltung begriffen. Neue Berufsverhältnisse, neue Arbeitsbedingungen, neue Wohnverhältnisse, neue Erziehungsweisen, neue Erholungen sind an die Stelle der alten getreten, und Tag für Tag treten neue Änderungen ein und werden die Änderungen größer. Im Anschluß daran ist die Volkshygiene in den Vordergrund getreten. Aber wie können wir zu richtigen Vorbeugungsmitteln eintretender Verschlechterungen gelangen, so lange unsere Methoden zur Feststellung des Übels, seiner Ausbreitung und seiner Ursachen so entsetzlich mangelhafte sind. Schon vor Jahren hat der Münchener Hygieniker, Obermedizinalrat Professor Dr. Gruber in seiner Schrift „Schulärzte“, München 1905, die Notwendigkeit betont, den Gesundheitszustand aller Schüler beim ersten Eintritt in die Schule festzustellen und bis zum endgültigen Austritt fortzuführen. Der Lehrer hätte dann hinzuzufügen den Beruf der Eltern, ihre Wohnweise, ihre wirtschaftlichen Verhältnisse, soweit sie ihm zur Kenntnis kommen. Bei der Gestellung zur Leistung der Wehrpflicht brächte der Wehrpflichtige dieses Zeugnis mit. Es würde dem Arzt das Urteil über den physischen Wert des Rekruten erleichtern, während der flüchtigen Besichtigung, wie sie heute bei der Gestellung der Wehrpflichtigen stattfindet, eine höhere Bedeutung nicht zukommt. Außerdem wäre bei dieser Gelegenheit festzustellen, was der Wehrpflichtige in der Zeit zwischen der Entlassung aus der Schule und seiner Stellung zum Heeresdienst getrieben und wo er sich aufgehalten hat, und seine Körperbeschaffenheit wäre aufs neue festzustellen. Das letztere dann wieder nach Ableistung der Wehrpflicht durch den Militärarzt. Endlich ließe sich der Soldat bei seinem Übergang zur Landwehr unter Feststellung von Beruf und Wohnort einer Prüfung unterwerfen. Erhalte dann ein zentrales Amt diese Materialien, so wären wir imstande, nicht nur zuverlässige Aufschlüsse über die Einwirkung der verschiedenen Berufe, des Wohnorts, der Rasse zu geben, sondern dann erst könnten auch wirksame Mittel zur Behebung von Mißständen in Angriff genommen werden. Dann würde auch klar werden, warum reinagrarische Gegenden wie Niederbayern, die Oberpfalz und andere so schlechte Tauglichkeitsziffern aufweisen, und eine energische

Wohlfahrtspflege auch auf dem Lande könnte mit Aussicht auf Erfolg stattfinden.

In England hat eine aus Vertretern der verschiedenen Ministerien zusammengesetzte Kommission schon im Jahre 1904 die Einsetzung eines solchen anthropometrischen Amtes gefordert. Deutsche Ärzte, wie A. Grotjahn, haben das gleiche für Deutschland angeregt. In der Tat wäre bei uns, wo der Staat den Menschen von der Wiege bis zum Grabe wiederholt in die Hand bekommt, — zuerst vermöge des Impfzwanges, dann in der Schule, dann bei Leistung der Dienstpflicht, viel später wieder als Landwehrmann — die Beschaffung des Materials für ein derartiges Amt weit leichter sein als in England. Wird sich nicht endlich im Reichstag ein Abgeordneter finden, welcher, sei es bei der Beratung des Etats des Reichsamts des Inneren, sei es bei der des Militäretats, auf das völlig Unzuverlässige unserer bisherigen Heeresergänzungsstatistik hinweist und zur Abhilfe die Errichtung eines derartigen Amtes verlangt?"

Der zurzeit amtierende preußische Minister des Inneren, v. Bethmann-Hollweg, der schon als Oberpräsident anläßlich der Verhandlungen der Berlin-Brandenburger Ärztekammer sozialmedizinisches Verständnis an den Tag legte, äußerte sich über die Bekämpfung der Prostitution in der Sitzung des preußischen Abgeordnetenhauses vom 21. Februar 1907 folgendermaßen: „Zum Schluß will ich noch auf die Prostitutionsfrage eingehen. Allerdings nur kurz. Nicht um deswillen, weil dieses Gebiet an sich ein heikles ist. Eigentlich ist es ja heikel nicht sowohl wegen des Gegenstandes, um den es sich handelt, als wegen der persönlichen Heuchelei, mit der wir vielfach an diese Dinge herantreten. Es handelt sich hier um einen Gegenstand, welcher so tief in die allerverschiedensten Zweige des Lebens eingreift und so sehr beeinflußt wird durch die verschiedensten, nach allen Richtungen hin differenzierten Lebensverhältnisse der einzelnen, daß man immer nur ein unvollständiges Bild von der Sache geben kann. Ich will deshalb denjenigen Punkt herausgreifen, der, wie mir scheint, der wichtigste und der praktischste ist. Der Herr Abgeordnete Münsterberg hat das Reglementierungswesen, die polizeiliche Kontrolle bemängelt. Aber er hat gleichzeitig auf diejenige Quelle hingewiesen, aus der alle die von ihm gerügten Mißstande hervorgehen. Das ist unsere Gesetzgebung. Ich kann in dieser Be-

ziehung nur meine persönliche Überzeugung aussprechen, und auch die Kritik, die ich an dieser Gesetzgebung ausübe, bitte ich als eine persönliche aufzufassen. Der Herr Abgeordnete Münsterberg hat meines Dafürhaltens sehr treffend und klar hingestellt, daß das System unseres Reichsstrafgesetzbuches ein unlogisches und verworrenes ist. Ich neige persönlich der Ansicht zu, daß wir uns einem System werden nähern müssen, wie es beispielsweise gegenwärtig in Dänemark eingeführt ist, und welches absieht von der Reglementierung, aber die gefährlichsten Auswüchse der Prostitution in moralischer und hygienischer Beziehung durch verschärfte Strafbestimmungen zu beseitigen trachtet. Es kommt eben dabei in Betracht, daß gerade über den vorliegenden Gegenstand die Ansichten nicht nur in moralischer, sondern auch in hygienischer Beziehung so außerordentlich auseinandergehen, daß es sehr schwierig ist, eine Übereinstimmung herbeizuführen. Trotzdem bleibt es unzweifelhaft, daß bei einer neuen Formulierung der betreffenden Paragraphen des Strafgesetzbuches unter allen Umständen rekurriert werden muß auf die Ansichten derjenigen Leute, die sich bei uns seit Jahrzehnten in freier Weise speziell dem Studium dieser Angelegenheiten mit Kopf und Herz hingegeben haben. Aber auch wenn wir zu einer neuen Gesetzgebung auf diesem Gebiete gekommen sein werden, so werden wir immer noch nicht oder noch nicht wieder im Paradiese leben. Auch hier kann die Gesetzgebung nur Schranken wegräumen, sie kann nur einen allgemeinen Rahmen aufstellen, der nachher in der freien Tätigkeit der Gesellschaft und durch die richtig geleiteten Anschauungen des Volkes mit Leben erfüllt werden kann. Mittelbar können wir unzweifelhaft unendlich viel tun. Im ganzen werden alle Bestrebungen, welche den Kampf gegen die Prostitution unterstützen sollen, meines Dafürhaltens von dem einen Gedanken getragen sein müssen, daß es sich darum handelt, die körperliche und sittliche Selbstachtung bei beiden Geschlechtern zu heben. Wie dies im einzelnen geschehen soll, darüber kann ich mich hier nicht verbreiten. Aber es sind sehr praktische Dinge, durch die es geschehen kann, praktische Dinge, die auf dem Gebiete des Unterrichtswesens, die auf dem Gebiete des Fortbildungsschulwesens, auch auf dem Gebiete der Beförderung des Sportlebens liegen. Ich glaube, daß in dieser Beziehung gar nicht genug geschehen kann, um unsere Jugend abzuhalten von Vergnügungen, die nichts taugen, und um die überschüssige Kraft, die in der Jugend lebt, auf ein Gebiet zu lenken, wo sie in der Stählung von Körper und Geist zum Ausdruck kommt.

Eine bedeutungsvolle Aufgabe unserer Kommunen ist es, nach dieser Richtung hin die bereits vorhandenen Bestrebungen im Volke auf das nachdrücklichste zu unterstützen durch die Schaffung von Spielplätzen, von Turnplätzen, eventuell auch durch die Begünstigung von Sportvereinen, durch die Anregung zu Wettkämpfen, wie wir sie aus England und aus Amerika kennen. Wenn in allen diesen Richtungen mit wirklicher Energie gearbeitet wird, dann wird auch mittelbar auf demjenigen Gebiet, von dem ich ausgegangen bin, geholfen werden können. Wenn es gelingt, die freie Tätigkeit der Gesellschaft in den Dienst dieser Sache zu stellen, die Anschauung des Volkes in dem von mir bezeichneten Sinne mehr und mehr zu läutern, und wenn dann durch eine anderweite Gesetzgebung diejenigen üblen Einrichtungen beseitigt werden können, unter denen wir gegenwärtig kranken, dann wird es, wie ich hoffe — und mein Streben wird jedenfalls innerhalb meines Ressorts dahin gerichtet sein — mit der Zeit, vielleicht mit immer wiederkehrenden Rückschlägen, gelingen, die bösesten, Körper und Geist des Volkes vergiftenden Auswüchse einer Naturmacht zu beschränken, der wir am letzten Ende doch alle Leben und Kraft, Lust und Leid, Arbeits- und Schaffensfreudigkeit verdanken."

Der Vorstand der badischen Fabrikinspektion, K. Bittmann, klagt in seinem Buche „Hausindustrie und Heimarbeit im Großherzogtum Baden zu Anfang des XX. Jahrhunderts" über das mangelnde sozialpolitische Verständnis der Ärzte folgendermaßen: „Rundfragen bei einer größeren Anzahl von Ärzten, bei denen nach Mitteilung der Bezirksärzte Kenntnis der hausindustriellen Verhältnisse vorausgesetzt werden konnte, brachten mäßige Ausbeute. Die meisten schwiegen, andere antworteten knapp, eine Minderzahl erteilte eingehendere Auskünfte, die zum Teil Verwendung fanden. Einen besseren Erfolg hatte die Rundfrage bei Geistlichen der Hausindustriebezirke."

Medizinalstatistische Daten.

1. Die Häufigkeit der Phosphornekrose in den böhmischen Zündholzfabriken.

Nach L. Teleky (Ein Beitrag zur Kenntnis der Verbreitung der Phosphornekrose Wien. klin. Woch. 1906 S. 1063) sind die amtlichen Angaben über das Vorkommen der Phosphornekrose ganz unvollständig. Er hat daher in einem kleinen Gebiet, dem Zentrum der böhmischen Zündholzindustrie mit Hilfe der Arbeiterschaft alle Fälle zu ermitteln gesucht; die in Frage kommenden acht Fabriken liegen alle am Nordabhang des Böhmerwalds, in den Bezirkshauptmannschaften Prachatitz und Schüttenhofen und gehören in den Gewerbeaufsichtsbezirk Budweis; von den Fabriken waren zur Zeit der Untersuchung nur 4 in Betrieb, 2 kommen nicht in Betracht, weil in ihnen seit 1897 bzw. 1899 nicht mehr gearbeitet wurde, in 2 anderen datierte der Betriebsstillstand aus den Jahren 1904 bzw. 1906. In den Jahren 1896 bis Mitte 1906 wurden Erkrankungen an Phosphornekrose von Teleky konstatiert

Fabrik	Arbeiterzahl	männlich	weiblich
Winterberg	ca. 100	2	4
Kaltenbach	ca. 40	4	10
Ferchenhaid	40—50	2	4
Bergreichenstein	70—80	5	3
Schüttenhofen (obere Fabrik)	ca. 400	4	—
Schüttenhofen (untere Fabrik)	700—800	8	—
zusammen	ca. 1400	25	21

Neun von den Erkrankten waren zur Zeit der Aufnahme schon gestorben, 31 hat Teleky selbst untersucht. Im ganzen Gewerbeaufsichtsbezirk Budweis, in welchem noch 6 andere Betriebe liegen, konnten vom Gewerbeinspektor 1896—1905 nur 19 Fälle festgestellt werden.

2. Befreiung der Schüler vom Turnen in Budapest.

In Budapest werden seit 1892 statistische Notizen über die Schüler der kommunalen Elementarschulen (Volksschulen) gemacht, die vom Turnen befreit werden. Bis zum Jahre 1906 sind alle Schüler der elementaren Knabenschulen von der dritten Klasse aufwärts turnpflichtig, von jetzt an alle Klassen der

Elementarschulen, auch die Mädchenklassen (nach privater Mitteilung von Prof. G. Thirring, dem Direktor des Kommunalstatistischen Bureaus in Budapest). Nach den statistischen Jahrbüchern der Haupt- und Residenzstadt Budapest (letzte Mitteilung Jahrgang 1904, Budapest 1906 S. 279) war

	1892/93—1895/96	1896/97—1899/1900	1900/01—1903/04
die mittlere Zahl der turnpflichtigen Kinder	11 246	15 245	18 692
auf 1000 Knaben waren befreit			
vom Geräteturnen	16,7	9,2	6,6
vom Turnen überhaupt	33,3	30,9	23,0
zusammen	50,0	40,1	29,6

Wie man sieht, wird der Prozentsatz der vom Turnen befreiten Knaben von Jahr zu Jahr kleiner, was sicher nicht bloß auf einer Besserung der körperlichen Beschaffenheit des Schülermaterials beruht, sondern auch auf der in Schule und Haus mehr und mehr eindringenden Erkenntnis von dem Wert des Turnens für die physische Kräftigung der Kinder.

Auch über die Art der Gebrechen und Krankheiten, die Dispensation vom Turnen bedingen, werden Angaben gemacht. Unter 1000 turnpflichtigen Knaben wurden vom Turnen befreit wegen folgender Leiden

	1892/93—1895/96	1896/97—1899/1900	1900/01—1903/04
Knochenkrankheiten	6,7	5,3	4,3
Rachitis, Skrofulose	3,3	3,3	2,4
Verkrümmung der Wirbelsäule	2,6	2,9	2,0
Gelenksleiden	4,4	4,4	2,9
Blutarmut	5,7	3,4	2,6
Organische Herzleiden	3,2	3,1	2,4
Allgemeine körperliche Schwäche	5,7	2,8	1,2
Atmungsstörungen	1,0	1,2	0,7
Brüche	5,4	7,0	6,2
Ohrenleiden	1,4	0,9	0,6
Augenleiden	4,0	0,9	0,9
Nervenleiden	2,0	1,9	1,4
Andere Krankheiten	4,6	3,0	2,0
zusammen	50,0	40,1	29,6

Abgesehen von den Brüchen zeigt sich bei allen Leiden eine Abnahme der vom Turnen Befreiten, besonders auffallend ist sie bei der allgemeinen körperlichen Schwäche und bei den Augenleiden (sicherlich zum größten Teil Kurzsichtigkeit).

3. Tuberkulose und Wohlhabenheit.

Seit einer großen Reihe von Jahren werden in Hamburg Erhebungen über den Zusammenhang zwischen Tuberkulose und Wohlhabenheit angestellt. Diese bewegen sich in doppelter Richtung; einerseits wird für die einzelnen Stadtteile das Durchschnittseinkommen und die Tuberkulosesterblichkeit ermittelt, andererseits werden die an Tuberkulose Gestorbenen nach ihrem Einkommensteuerverhältnis zu den Steuerzahlern überhaupt in Beziehung gesetzt. In der folgenden

Tabelle ist für die einzelnen städtischen Bezirke das jährliche Einkommen pro Kopf der Bevölkerung im Jahre 1903 und die Zahl der Sterbefälle an Lungentuberkulose auf 10000 Einwohner 1901—1905 nach dem Bericht des Med.-Rats über die medizinische Statistik des hamburgischen Staates für das Jahr 1905 (Hamburg 1906 S. 3 und S. 48) mitgeteilt.

	Einkommen	Phthisis-Sterbefälle		Einkommen	Phthisis-Sterbefälle
Harvestehude	3179	6,3	Eimsbüttel	573	15,6
Rotherbaum	2345	8,7	Altstadt-Nord	562	23,2
Hohenfelde	1368	10,7	Eppendorf	518	12,9
Winterhude	1003	10,1	St. Pauli-Nord	506	16,5
Uhlenhorst	945	15,9	Horn	429	14,8
St. Georg-Nord	808	15,9	St. Pauli-Süd	428	21,2
Eilbeck	752	12,2	St. Georg-Süd	425	16,4
Altstadt-Süd	726	17,3	Barmbeck	378	18,2
Hamm	713	12,2	Neustadt-Süd	375	19,8
Borgfelde	624	16,2	Veddel	374	12,9
Neustadt-Nord	616	21,4	Bilwärder Ausschlag	323	14,7

Die günstige Stellung der reichsten Bezirke bezüglich der Tuberkulosesterblichkeit geht aus dieser Tabelle deutlich hervor, schon vom Bezirk Uhlenhorst an ist aber ein Zunehmen der Tuberkulosesterblichkeit mit der Abnahme des Durchschnittseinkommens nicht mehr deutlich zu erkennen; die Ursache liegt jedenfalls darin, daß in diesen Bezirken Reiche und Arme gemischt wohnen. In der ganzen Stadt Hamburg betrug die Sterblichkeit an Lungenschwindsucht auf 10000 Einwohner 16,8.

Sehr deutlich zeigt sich die große Höhe der Tuberkulosesterblichkeit bei den weniger Bemittelten in der folgenden Tabelle (nach S. 50 des genannten Berichts); bei den Sterbefällen sind die der Angehörigen eingeschlossen.

Einkommen		Steuerzahler 1903	Auf 10000 Lebende Sterbefälle an Lungenschwindsucht 1901—1905
900— 1 200	M.	71 526	48,2
1 200— 2 000	„	48 855	44,7
2 000— 3 500	„	21 397	27,4
3 500— 5 000	„	8 342	25,2
5 000—10 000	„	7 764	11,2
10 000—25 000	„	4 210	13,9
25 000—50 000	„	1 411	9,4
über 50 000	„	938	4,2

Die Unregelmäßigkeit bei den reichen Gruppen hängt damit zusammen, daß es sich um eine verhältnismäßig kleine Zahl von Sterbefällen handelt.

4. Die Pellagra im österreichischen Küstenlande.

Nach dem „Sanitätsberichte des österreichischen Küstenlandes für die Jahre 1901—1903“ von A. Bohata und J. Tamaro (Triest 1905) zeigt die Pellagra im Bezirk Gradiska, in welchem sie endemisch ist, seit mehreren Jahren eine be-

trächtliche Zunahme; 1901 betrug die Zahl der in diesem Bezirke nachgewiesenen Pellagrösen 860 (= 15,8 auf 1000 Einwohner der befallenen Gemeinden). 1903 dagegen 1098 (=18,8). Das weibliche Geschlecht und die Kinder sind am meisten befallen; es waren erkrankt

	Männer	Weiber	Kinder
1901	239	397	224
1902	234	420	324
1903	236	447	415

Die kleine Zahl der männlichen Erkrankungen beruht nach dem Bericht auf dem Umstande, daß die männliche Bevölkerung den deletären Einflüssen absoluter Maisnahrung weniger ausgesetzt ist, bei den Frauen dagegen untergraben außer der ungenügenden Ernährung mit verdorbenem Mais der dauernde Aufenthalt in elenden Hütten und die Schwangerschaften die Widerstandskraft. Der eigentliche Herd der Pellagra ist der Gerichtsbezirk Cervignano, wo 1903 28,8 unter 1000 Einwohnern befallen waren, hier tritt zu den genannten Schädlichkeiten die Malaria, die in diesem Gebiet endemisch ist. Von den 1900 bekannten Pellagrösen sind 1901—1903 119 genesen und 147 gestorben, in Irrenanstalten wurden in den drei Jahren 16 Erkrankte abgegeben. Die getroffenen bzw. vorgeschlagenen Maßnahmen bestehen in Verabreichung von reichlicher und geeigneter Nahrung in sanitären Küchen (Locande sanitarie) und in der Beseitigung von ungesundem Mais aus der Volksernährung.

5. Häufigkeit einiger epidemischer Krankheiten in englischen Großstädten.

Dem 13. Medizinalbericht von London (Report of the Public Health committee of the London county council fo the year 1904, London 1906) sind die folgenden Ziffern der Todesfälle an einigen epidemischen Krankheiten in den englischen Städten mit mehr als 200000 Einwohnern während des Jahres 1904 entnommen:

Städte mit über 200000 Einw.	Sterblichkeit	Kinder-sterblichkeit	Auf 10000 Einwohner Sterbefälle an						
			Pocken	Masern	Scharlach	Diphtherie	Keuchhusten	Diarrhoe	Typhus, unbest. Fieber
London	16,6	14,6	0,1	4,9	0,8	1,6	3,3	10,4	0,7
Liverpool	22,6	19,6	0,0	9,4	2,0	2,7	5,8	25,2	1,5
Manchester	21,3	18,7	0,2	7,6	1,5	1,7	5,0	13,7	1,2
Birmingham	19,9	19,7	—	3,8	1,2	2,4	8,5	17,6	0,7
Leeds	18,0	17,5	0,0	7,6	1,3	1,0	4,7	9,9	1,1
Sheffield	16,8	15,8	0,0	0,8	2,0	1,1	3,4	13,5	1,2
Bristol	15,6	13,4	0,0	3,0	1,1	3,0	3,4	5,1	0,8
West Ham	16,5	16,2	0,0	6,0	1,4	1,5	3,5	20,8	1,1
Bradford	17,6	16,6	0,1	5,2	1,5	5,7	1,7	8,3	1,7
Hull	18,6	17,8	0,2	7,1	0,5	2,5	2,6	20,8	1,5
Nottingham	17,7	17,6	0,5	1,8	1,1	2,8	3,6	13,7	2,3
Salford	21,2	19,2	0,1	11,1	2,5	4,9	6,2	16,6	2,3
Newcastle	19,4	15,6	0,8	2,5	1,1	2,2	5,8	5,1	0,4
Leicester	14,5	16,7	0,2	1,4	0,2	0,3	3,9	13,1	0,6

F. Prinzing.

6. Zur Statistik der Wehrfähigkeit.

Die dem Reichstage vom Reichskanzler am 9. November 1906 vorgelegten Übersicht über die Ergebnisse des Heeresergänzungsgeschäfts sowie der Nachweisung über die Herkunft und Beschäftigung der Militärpflichtigen bietet als Gesamtergebnis folgende Zahlen:

		Endgültig Abgefertigte	Taugliche	Von 100 Tauglichen kamen auf jede Gruppe	Von 100 endgültig Abgefertigten waren tauglich
Auf dem Lande geboren	In der Land- u. Forstwirtschaft usw. (Gruppe I u. II der Klassifikation der Berufsarten) beschäftigt	130 346	78 476	27,68	60,21
	Anderweitig beschäftigt . . .	171 897	100 603	35,50	58,53
	Zusammen:	302 243	179 079	63,18	59,25
In der Stadt geboren	In der Land- u. Forstwirtschaft usw. (Gruppe I u. II der Klassifikation der Berufsarten) beschäftigt	16 305	9 420	3,38	57,77
	Anderweitig beschäftigt . . .	184 869	94 920	33,49	51,34
	Zusammen:	201 174	104 340	36,87	51,86
	S.S.:	503 417	283 419	100,00	56,30

Von den Militärpflichtigen, die im Jahre 1905 eine endgültige Entscheidung erhalten haben, sind 56,30 Proz. tauglich befunden worden. Nahe zwei Drittel der tauglich Befundenen sind auf dem Lande, etwas über ein Drittel ist in der Stadt geboren worden. Die relative Tauglichkeit der auf dem Lande Geborenen 59,25 übersteigt nicht so erheblich diejenige der in der Stadt Geborenen 51,86. Im Bezirk des ersten Armeekorps Königsberg i. Pr. sind von 14 141 auf dem Lande geborenen endgültig Abgefertigten 9889, d. s. 69,63 Proz., tauglich, von 3669 in der Stadt geborenen 2217, d. s. 60,42 Proz. Anders verhält es sich im Bezirk des dritten Armeekorps, der die Provinz Brandenburg und Berlin umfaßt. Hier sind von 13 749 auf dem Lande geborenen endgültig Abgefertigten 7751, d. s. 56,37 Proz., von 21 671 in der Stadt geborenen aber nur 8928, d. s. 41,19 Proz., tauglich erklärt worden. Die beiden Bezirke vertreten am reinsten ländliche und städtische Verhältnisse, sie zeigen die für die Rekrutierung vorläufig wenigstens präponderante Bedeutung des Landes.

Über die Veränderungen der Körperlänge im Laufe der menschlichen Entwicklung besitzen wir wenig verläßliches Material; je weiter wir zurückgehen, desto spärlicher ist es. Es ist deshalb schwierig, die für das Entartungsproblem wichtige Frage zu entscheiden, ob unsere Körperhöhe etwa unter dem Einfluß veränderter sozialer Bedingungen geringer geworden ist als die unserer Vorfahren. Leider fehlt es bis heute an anthropometrischen Aufnahmen, die sich auf die Gesamtheit eines Volkes erstrecken; dank der Einführung der allgemeinen Dienst-

pflicht in den meisten Ländern hat sich unsere Kenntnis der somatischen Verhältnisse, wenigstens der männlichen Bevölkerung, erweitert. Die Rekrutierungsstatistik, auf die allein wir unser Urteil über das Verhalten der Körperlänge stützen können, datiert erst vom Anfang des 19. Jahrhunderts, fließt aber der Öffentlichkeit nicht so reichlich zu, daß man nicht jede neue Publikation dankbar begrüßen müßte. In der Zeitschrift für Schweizerische Statistik, XLII. Jahrg. (1906), p. 290 findet sich eine hier abgedruckte Tabelle, die die zu geringe Körperlänge als Dienstbefreiungsgrund in einem 20jährigen Zeitraum darstellt. Danach hat „Untermaß" als Dienstbefreiungsgrund sich fortschreitend vermindert, die Körperlänge somit zugenommen. Das Resultat deckt sich mit dem, zu dem Kruse[1]) bei seinen Betrachtungen der Rekrutierungsergebnisse mehrerer europäischer Staaten gelangt. Auch Retzius und Fürst[2]) konstatieren eine Zunahme der Körpergröße der Skandinavier in jüngster Zeit, ebenso der norwegische Anthropologe C. Arbo[3]) für die Jahre 1841—1870.

Die zu geringe Körperlänge als Dienstbefreiungsgrund in den Jahren 1886—1905.

(Aus den Ergebnissen der sanitarischen Rekrutenprüfungen.)

Rekruten des jüngsten Jahrganges, d. h. solche, die im nächstfolgenden Jahre das 20. Altersjahr zurücklegten.

Jahr	Gesamtzahl der untersuchten Rekruten	davon wegen zu geringer Körperlänge (unter 156 cm)				
		zurückgestellt		bleibend untaugl. erklärt	Gesamtzahl	%
		auf 1 Jahr	auf 2 Jahre			
1905	26 654	396	326	227	949	3.7
1904	26 310	375	348	238	961	
1903	26 564	436	320	154	910	
1902	27 232	475	417	162	1054	
1901	26 754	449	418	146	1013	
1900	26 282	439	356	178	973	4.1
1899	25 809	486	426	197	1109	
1898	26 457	451	421	141	1013	
1897	26 362	474	517	159	1150	
1896	27 256	567	514	151	1232	
1895	26 698	563	639	254	1456	5.6
1894	26 326	548	613	164	1325	
1893	25 241	606	612	186	1404	
1892	24 521	559	674	271	1504	
1891	24 511	678	553	266	1497	
1890	23 265	594	622	332	1548	6.5
1889	23 009	703	657	253	1613	
1888	22 224	553	594	327	1474	
1887	21 966	536	608	231	1375	
1886	22 963	493	518	314	1325	

[1]) Physische Degeneration und Wehrfähigkeit bei europäischen Völkern. Zentralbl. f. allg. Gesundheitspflege, XVII. Jahrg. Bonn 1898.

[2]) Anthropologia Suecica. Stockholm 1902.

[3]) Sessions-Undersögelsernes og Recruterings-Statistikens Betydning for Videnskaben og Staten. Christiania 1875.

Im selben Jahrgang der Zeitschrift für Schweizerische Statistik (p. 108) werden für den gleichen Zeitraum wie oben die Zahlen derjenigen Rekruten veröffentlicht, die wegen körperlicher Schwächlichkeit nicht zum Dienst gelangten. Auch hier zeigt sich ein Rückgang.

Die allgemeine körperliche Schwächlichkeit als Dienstbefreiungsgrund in den Jahren 1886—1905.

(Aus den Ergebnissen der sanitarischen Rekrutenprüfungen.)

Rekruten des jüngsten Jahrganges, d. h. solche, die im nächstfolgenden Jahre das 20. Altersjahr zurücklegten.

Jahr	Gesamtzahl der untersuchten Rekruten	davon wegen Schwächlichkeit, Anämie, Konvaleszenz oder zu geringem Brustumfang				
		zurückgestellt		bleibend untaugl. erklärt	Gesamtzahl	%
		auf 1 Jahr	auf 2 Jahre			
1905	26 654	1431	673	662	2766	11,1
1904	26 310	1521	586	487	2594	
1903	26 564	1841	724	528	3093	
1902	27 232	1817	738	454	3009	
1901	26 754	1925	919	551	3395	
1900	26 282	2121	760	519	3400	12,8
1899	25 809	1866	787	471	3124	
1898	26 457	2042	867	426	3335	
1897	26 362	1989	940	497	3426	
1896	27 256	2100	1091	495	3686	
1895	26 698	2406	1152	357	3915	13,8
1894	26 326	2063	1068	502	3633	
1893	25 241	2312	882	391	3585	
1892	24 521	2155	722	349	3226	
1891	24 511	2011	806	450	3267	
1890	23 265	1784	709	402	2895	13,0
1889	23 009	1873	695	439	3007	
1888	22 224	1603	646	423	2672	
1887	21 966	1649	704	402	2755	
1886	22 963	2044	883	489	3416	

Mehrfachen Anregungen der Turnvereine und Offiziergesellschaften folgend beschloß das schweizerische Militärdepartement, im Jahre 1905 im engen Anschluß an das Rekrutierungsgeschäft neben der pädagogischen Prüfung der Rekruten auch eine solche der physischen Leistungsfähigkeit vornehmen zu lassen. Das Material wurde dem eidgenössischen statistischen Bureau zur Bearbeitung überwiesen; die Ergebnisse findet man in der Zeitschrift für Schweizerische Statistik, XLII. Bd. (1906), p. 285. Der Prüfung unterzogen wurden alle Rekruten nach geschehener ärztlicher Untersuchung, soweit sie nicht ärztlicherseits davon dispensiert waren. Die Prüfung erstreckte sich auf einen Weitsprung, das Heben eines Hantels und einen Schnellauf. Als Erhebungsformular diente eine Zählkarte, die neben den üblichen Personalien Fragen nach dem Schulbesuch, dem in Schule, Verein oder militärischem Vorunterricht genossenen Turnunterricht oder

18*

den dort getriebenen anderen körperlichen Übungen enthielt; aufgenommen wurden ferner die Ergebnisse der zur Prüfung stehenden turnerischen Leistung und der sanitarischen Untersuchung. Die Leistungen wurden folgendermaßen klassifiziert:

Note	Weitsprung	Heben 17 kg Gewicht rechts und links zusammen	Schnellauf 80 m Distanz
Gut (1)	3,5 m und mehr	8 mal	In höchst. 11.9 Sek.
Mittelmäßig (2)	2,5—3,4 m	5—7 mal	In 12,0—13,9 Sek.
Schwach (3)	Bis 2,4 m	Bis 4 mal	In 14 Sek. u. mehr

Nach ihren Leistungen verteilte sich die Gesamtzahl der Geprüften:

Zahl der Geprüften mit	Weitsprung	Heben	Schnellauf
Note 1 (gut)	3 545	14 879	2 295
„ 2 (mittelmäßig)	15 792	3 904	12 262
„ 3 (schwach)	6 940	7 494	11 720
Zusammen:	26 277	26 277	26 277

Die Resultate der Prüfung sind nicht hervorragend. Ordnet man die Geprüften nach ihrer Vorbildung,

Vorbildung	Zahl der Geprüften	Von je 100 Geprüften der betr. Kategorie hatten die Note									Durchschnittswerte			
		im Weitsprung			im Heben			im Schnellauf			Weitsprung	Heben	Schnellauf	Total
		1	2	3	1	2	3	1	2	3				
Vereinsturnen . .	2 913	39	56	5	83	9	8	22	61	17	1,66	1,26	1,94	4,86
Sport	796	31	62	7	68	16	16	29	54	17	1,77	1,32	1,88	4,97
Militärischer Vorunterricht . . .	4 211	23	65	12	65	14	21	13	55	32	1,90	1,55	2,19	5,64
Bloßes Schulturnen .	12 029	11	63	26	55	15	30	7	46	47	2,16	1,75	2,40	6,31
Keine	7 406	4	54	42	47	16	37	4	39	57	2,37	1,90	2,54	6,81

so zeigt sich, daß die Vereinsturner die bei weitem besten Prüfungsergebnisse aufweisen, nur im Schnellauf werden ihre Leistungen von den Sporttreibenden übertroffen.

F. Kriegel.

Bücheranzeigen.

Prinzing, F., Handbuch der medizinischen Statistik. Gustav Fischer, Jena 1906, 559 S. (15 Mk.).

In dem vorliegenden Werke beschenkt uns der Verfasser mit einem Handbuche der medizinischen Statistik, das das längst veraltete Österlensche abzulösen, das ausschließlich vom mathematisch-statistischen Standpunkte ausgehende Westergaardsche zu ergänzen berufen ist. Prinzing definiert die medizinische Statistik als „die exakte, zahlenmäßige Untersuchung der pathologischen Erscheinungen der menschlichen Gesellschaft“, wofür wohl besser „der Menschen“ zu setzen ist. Jedenfalls muß man ihm darin beistimmen, daß er die medizinische Statistik nicht nur auf die zahlenmäßige Beschreibung der pathologischen Erscheinungen sondern auch auf die Ursachen der verschiedenen Häufigkeit ihres Eintritts erstreckt wissen will. Der Verfasser verwirft die Österlensche Einteilung der medizinischen Statistik in eine allgemeine und eine spezielle und wählt dafür die Einteilung in 1. die Statistik der Geburten, 2. die der Krankheiten, Unfälle und Gebrechen und 3. die der Sterbefälle. Daß der erste und letzte Teil uns ein zuverlässiges Bild alles dessen liefert, was die Medizinalstatistik zurzeit über Eintritt und Austritt der Menschen aus dem unendlichen Strome der Gesellschaft bietet, war bei der meisterhaften Beherrschung des Stoffes, die Prinzing eigen ist, wohl selbstverständlich. Aber daß auch der zweite Teil, der sich auf die zurzeit noch so unvollständigen Erhebungen über Morbilität aufbaut, ein so klares Bild über die Erkrankungsmöglichkeit nach Alter, Geschlecht, Beruf usw. liefert, war doch eine Überraschung, die wir nicht nur dem Wissen sondern besonders auch dem wissenschaftlichen Takte des Verfassers verdanken. Das Studium gerade dieses Teiles des vorliegenden Buches ist für jeden Arzt unerläßlich, der sich für die Soziale Medizin und die Soziale Hygiene zu interessieren beginnt. A. Grotjahn.

Schwanck, A., Die Reform des Heilverfahrens. Köln 1906.

Wenn ein Altmeister des Versicherungswesens nach mehr als 20jähriger Tätigkeit auf diesen Gebieten zur Reform unserer sozialen Gesetzgebung das Wort nimmt, so haben die Ärzte gewiß allen Grund, dieser Arbeit eine eingehende Prüfung zu teil werden zu lassen. Der Verfasser geht ebenso wie es vor kurzem der Referent (Soziale Medizin und Hygiene 1907) getan hat, von dem verbesserungsbedürftigsten Punkte, dem Heilverfahren, aus. „Das durch die meisten Ortskrankenkassen, viele Betriebskrankenkassen und die Gemeindeversicherung geleitete Heilverfahren bei Verletzungen ist in den erzielten Heilerfolgen im Bereich der Rheinprovinz und Westfalen als derartig mangelhaft und folglich für das Wohl der der Versicherungspflicht unterliegenden Personen schädlich erkannt, daß dieser Zustand dringend Abhilfe erfordert.“ Diesen Satz erläutert der Verfasser an belehrenden Beispielen eigener Erfahrung und Zitaten erfahrener Versicherungsärzte und zeigt, welche überflüssigen Kosten den Berufsgenossenschaften und welcher Schaden der Arbeitskraft des Volkes aus den angeführten Fehlern erwächst. Es sind teilweise schwere Vorwürfe, welche gegen Ärzte erhoben werden — Vorwürfe, die leider nicht einer gewissen Berechtigung entbehren. Ein Teil der Mißstände beruht allerdings auf den fehlenden Beziehungen zwischen Krankenkassen, Unfallversicherung und Invalidenversicherung.

Schwanck kommt daher zu folgenden hauptsächlichen Schlüssen, daß 1. durch die Errichtung von Lehrstühlen für Unfallheilkunde und Soziale Medizin an den Universitäten und Akademien für praktische Medizin für eine besondere Vorbildung der Ärzte Sorge zu tragen ist und diese Disziplinen zu Prüfungsgegenständen zu machen sind: und 2. eine Verwaltungsgemeinschaft zwischen Krankenkassen, Unfall- und Invalidenversicherung eingerichtet wird.

Von letzterer erwartet der Verfasser a) eine schärfere Überwachung des Verletzten und des Heilverfahrens; b) Vermeidung von Verzögerungen in den notwendigen Maßnahmen (raschere Einleitung des Heilverfahrens) und Fortfall der sonst unvermeidlichen Störungen und Reibungen; c) Vereinfachung und Klärung der ärztlichen Gutachten; d) Herabminderung der Verwaltungskosten und der Renten; e) Minderung der Berufungen.

Die Verwaltungsgemeinschaft denkt sich der Verfasser in folgender Weise:

Die Krankenkassen werden zu größeren Verbänden zusammengefaßt. Der Kassenvorstand besteht aus:

zwei oder mehr Vertreter der Arbeitnehmer,
zwei oder mehr Vertretern der Arbeitgeber,
einem Vertreter der betreffenden Berufsgenossenschaften,
einem Vertreter der betreffenden Invalidenversicherung und
einem Staatskommissär als Vertreter der Reichsregierung.

Diese Einrichtung bedingt eine wesentlich größere Umgestaltung der Krankenkassen, als sie Sayffaerth mit seinem sozialpolitischen Kreisamt, der Referent mit seinem Versicherungsamt als Bindeglied der drei Versicherungen gedacht hat. Die Vertretung der Invalidenversicherung ist einem Arzte zugedacht, ebenso das Amt als Reichskommissär. Damit würde die erweiterte Krankenkasse der Unterbau, in dem alle Fälle von Anfang bis zu Ende Hilfe finden. Der Verband der Krankenkassen im Bezirk einer Landesversicherungsanstalt, der Verband der Unfallversicherungsträger und die betreffende Landesversicherungsanstalt werden dann zu einem Gesamtverband resp. einer Betriebsgemeinschaft zur einheitlichen und planmäßigen Durchführung des Heilverfahrens in allen Versicherungen zusammengeschlossen.

Der Verfasser zitiert die beachtenswerten Ausführungen von Kampfmeyer aus der deutschen Krankenkassenzeitung über die Aufgaben der erweiterten Krankenfürsorge in der Erhaltung der Arbeitskraft, Erhaltung gesunder Familien und eines gesunden Nachwuchses — Aufgaben, die sich nach des Verfassers Sinne auch zum Teil durch die Verwaltungsgemeinschaft der drei Versicherungen lösen lassen. Als Vorbild einer Verwaltungsgemeinschaft führt S. den Allgemeinen Knappschaftsverein zu Bochum an, in welchem die drei Versicherungsträger auf das zweckmäßigste zusammenwirken. Den Schluß des interessanten, von wärmstem Interesse für die Soziale Hygiene und die Mitarbeitung des Volkes erfüllten Buches bilden Berichte über Kongresse und solche aus Heilanstalten. Aber der Inhalt des Buches ist damit bei weitem nicht erschöpft. Eine Fülle von einzelnen Gedanken, die der Verbesserung unserer Gesetzgebung gewidmet sind, findet sich in dem Buche zerstreut. Gewiß werden nicht alle Leser völlig mit dem Verfasser einer Meinung sein, aber indem ich das Buch zu eingehender Lektüre empfehle, glaube ich betonen zu müssen, daß die geplante Verbesserung unserer sozialen Gesetzgebung an vielen wichtigen Punkten die Ausführungen des erfahrenen Verfassers berücksichtigen muß.

Th. Rumpf.

Aus der Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik in Berlin.[1])

Sitzung vom 13. September 1906

zu Ehren des V. Internationalen Kongresses für Versicherungswissenschaft und des IV. Internationalen Kongresses für Versicherungsmedizin.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr Grotjahn.

Herr Mayet: In Anerkennung einer weitgehenden Interessengemeinschaft zwischen den Aufgaben unserer Gesellschaft mit denen der beiden versicherungswissenschaftlichen Kongresse hat die sozial-medizinische Gesellschaft Sie zu sich eingeladen. Sie hat mir den ehrenvollen Auftrag erteilt, Sie herzlichst zu begrüßen und Ihnen warm für Ihr Erscheinen zu danken, das Ihnen wegen der großen Inanspruchnahme durch Arbeit an den Vor- und Nachmittagen und Geselligkeit an den Abenden besonders hoch anzurechnen ist. Die Medizin hat es vornehmlich mit der Ätiologie, die Hygiene mit der Defensive, die Medizin und die Individualhygiene mit biologischen Veränderungen des einzelnen Individuums und ihrer unmittelbaren Veranlassung zu tun und mit den Verhaltungs-, Verhütungs- und Abwehrmaßregeln des einzelnen, die Soziale Medizin mit der Auffindung der gesellschaftlichen, beruflichen, gewerblichen Verhältnisse, welche die Krankheit entstehen ließen. Das sprach bereits vor 60 Jahren unser Ehrenmitglied, Herr Sanitätsrat Salomon Neumann, aus. Er sagte in seiner Schrift „Die öffentliche Gesundheitspflege und das Eigentum", „daß der größte Teil der Krankheiten, welche entweder den vollen Lebensgenuß stören oder gar einen Teil der Menschheit vor dem natürlichen Ziel dahinraffen, nicht auf natürlichen, sondern auf gesellschaftlichen Verhältnissen beruhe, bedürfe keines Beweises. Die medizinische Wissenschaft sei in ihrem innersten Kern und Wesen eine soziale Wissenschaft, und so lange ihr diese Bedeutung in der Wirklichkeit nicht vindiziert wäre, werde man ihre Früchte nicht genießen, sondern sich mit der Schale und dem Gehäuse begnügen müssen." Hier ist immer noch allein von den Ärzten die Rede; auf dem Gebiete der Sozialen Medizin haben aber, wie obige Beispiele uns zeigten, auch gerade Nichtmediziner, Männer der verschiedensten Berufe, Volkswirtschaftler und Techniker, Sozialpolitiker, Verwaltungsbeamte und Statistiker mitzuarbeiten; die Soziale Hygiene ferner, welche es nicht mit der Ätiologie der Krankheiten, sondern mit der Erstrebung der Sanierung der gesundheitlichen Verhältnisse in Berufen, Gewerben, Altersklassen, Volksschichten zu tun hat, braucht erst recht außer dem Arzt die Mitarbeit der Technik, der Industrie und der Verwaltungskunst. Demgemäß lud unsere Gesellschaft von Hause aus neben den Medizinern alle übrigen Berufe zur Mitarbeit ein; sie wollte, die Tätigkeit der Gesellschaft sollte sich auf dem Grenzgebiete von Medizin und Volkswirtschaft bewegen. Ungefähr der vierte Teil unserer Mitglieder sind Nichtmediziner, und in demselben Verhältnis ungefähr sind die Nichtmediziner unter den Vortragenden und Diskussionsrednern vertreten. Eines der Haupthilfsmittel zur Feststellung der sozialen Ätiologie von Krankheiten und zur Erkenntnis der Wirkung der sozialhygienischen Maßregeln ist die Statistik, insbesondere die Be-

[1]) Nach den Verhandlungen der Gesellschaft, Nr. 38 u. 44 d. Jg. 1906 u. Nr. 9 u. 10 d. Jg. 1907 der „Medizinischen Reform", herausg. von R. Lennhoff.



völkerungs- und Medizinalstatistik: sie erfreut sich besonderer Pflege in unserem Verein. Von statistischen Vorträgen waren zwei historischer Art. A. Guttstadt behandelte die Entwicklung der Medizinalstatistik in Preußen. A. Gottstein die Geschichte der Kindersterblichkeit; G. Heimann machte Mitteilung über die Organisation der Volkszählung in Berlin. Schwiening behandelte statistisch die Frage des Verhältnisses von Brustumfang und Körpergröße bei Tuberkulösen und Nichttuberkulösen — ein Thema von bekanntem Interesse für die Versicherungsmediziner Die Frage der Ernährung behandelte B. Laquer in einem Vortrag über „Nahrungsmittel und Alkoholkonsum im Haushalte des amerikanischen Arbeiters" und H. Neumann, der über die Milchversorgung der Säuglinge sprach. A. Albu behandelte die sozialmedizinische Bedeutung der Errichtung von Magenheilstätten. Praktische Maßnahmen auf einzelnen Gebieten der Hygiene besprachen E. Joseph mit einem Bericht über das Krankentransportwesen und die Neuorganisation desselben in Berlin, und Professor O. Lassar in seiner Mitteilung über die Deutsche Gesellschaft für Volksbäder. Schließlich behandelte geschichtlich „Die Soziale Hygiene im Mittelalter" Herr Th. Weyl. Die Idee, daß ein neuer Beruf für Blinde sich in der Massage darbiete, veranlaßte Eggebrecht über seine in Leipzig bereits durchgeführte Ausbildung von Blinden in der Massage zu berichten. In gleicher Linie mit diesem Gedanken liegt die mehrfach im Laufe der Diskussionen von A. Grotjahn und W. Eisner vertretene Idee, daß gewisse Beschäftigungen und Tätigkeiten monopolartig minderwertigen Arbeitskräften, z. B. Verkrüppelten und Unfallverletzten, vorbehalten bleiben sollten, um auch diese schwachen Kräfte zum Heil für sie selbst noch in der Volkswirtschaft nützlich zu verwenden. M. Radziejewski sprach über die Bedingungen und die Bedeutung der Sehschärfe für die einzelnen Berufsarten.

Da die umfassendste hygienische Maßnahme des Deutschen Reiches die Einrichtung seines sozialen Versicherungswesens ist, nahm selbstverständlich letzteres in den Erörterungen der Gesellschaft den breitesten Raum ein. Einzelpunkte der Arbeiterversicherung behandelten A. Bielefeldt und H. Schönheimer.

Themata von Wichtigkeit für die Unfallversicherung behandelten Feilchenfeldt, Th. Sommerfeldt und Brat. Die in Aussicht genommene Reform der Arbeiterversicherung veranlaßte mehrere Vorträge in der Gesellschaft. R. Lennhoff trug die ärztlichen Wünsche zur Reform der Arbeiterversicherung vor. Herr Sayffaerth, Vorsitzender des Schiedsgerichts in Köln, behandelte die deutsche Arbeiterversicherung der Zukunft und ich meinerseits: Umbau und Weiterbildung der sozialen Versicherung. Hier möchte ich noch den viel beachteten Vortrag des Geheimen Ober-Medizinalrates Dr. Dietrich erwähnen über den zahlenmäßigen Rückgang des medizinischen Studiums, der eine sich einleitende Abschwächung der Überfüllung des ärztlichen Standes darlegte und von Bedeutung für die Beurteilung der augenblicklichen Aussichten des ärztlichen Standes ist. Im Unterschiede von den großen, der öffentlichen Gesundheitspflege auf einzelnen Gebieten sich widmenden Vereinen, wie dem Deutschen Verein für öffentliche Gesundheitspflege, dem Deutschen Zentralkomitee zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke, dem Deutschen Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke, der Vereinigung für Schulgesundheitspflege, der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder, der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, dem Allgemeinen Deutschen Zentralverband zur Bekämpfung des Alkoholismus, der Gesellschaft zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit u. a.

versagt es sich unsere Gesellschaft, Resolutionen zu fassen, Petitionen herauszugeben, Agitation zu treiben. Wir wollen nur eine Stätte der freien Rede und der voraussetzungslosen, wissenschaftlichen Forschung sein, wir wollen durch den Streit der Meinungen die Erkenntnis der Wahrheit fördern, wir huldigen dem heraklitischen Lehrsatz, daß Kampf der Erzeuger alles Bestehenden ist. πόλεμος πατὴρ πάντων. Deshalb treffen wir aber auch besondere Fürsorge, daß unsere Diskussionen wohlvorbereitete, nicht nur dem Augenblick verdankte, sind. Wir erreichen dieses dadurch, daß wir die Diskussionen nicht unmittelbar auf den Vortrag folgen lassen, sondern erst ansetzen, nachdem der Vortrag den Mitgliedern gedruckt zugegangen ist. Wir erreichen dadurch zugleich den weiteren Vorteil, daß wir unseren auswärtigen Mitgliedern es ermöglichen, an der Diskussion durch Einsendung geschriebener Beiträge teilzunehmen, welche von dem Schriftführer verlesen werden. Ich sprach eingangs von der Interessengemeinschaft unserer Gesellschaft mit den beiden Kongressen. Scheint nicht eigentlich mehr ein gewisser Gegensatz zwischen den beiden Körperschaften zu walten? Hat es nicht die Versicherungsmedizin und die Versicherungswissenschaft hauptsächlich mit der privaten Versicherung, wir dagegen vornehmlich mit der öffentlichen Versicherung zu tun? Die private Versicherung will für jeden Versicherten eine bereits erreichte Höhe festhalten, indem sie ihn vor Schaden bewahrt. Die öffentliche soziale Versicherung will einerseits dasselbe, andererseits aber strebt sie doch an, die betreffenden Volkskreise über ihren gegenwärtigen sanitären und wirtschaftlichen Zustand heraufzuheben. Die Interessengemeinschaft unserer beiden Körperschaften macht sich wohl am meisten geltend in den statistischen Erfahrungen der Lebensversicherungsgesellschaften einerseits, der Krankenkassen und Invalidenversicherungsanstalten andererseits und in der weiteren Ausgestaltung der Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik nach Berufen, welche von der öffentlichen Krankenversicherung mit der Zeit zu erwarten ist. Äußerlich bekundete sich die Interessengemeinschaft dadurch, wie ich wohl erwähnen darf, daß den beiden Kongreß-Organisationsausschüssen nicht weniger als 14 unserer Mitglieder angehörten und ein sehr großer Teil der deutschen Teilnehmer des versicherungsmedizinischen Kongresses aus Mitgliedern unserer Gesellschaft besteht. Auch der Gegenstand des heutigen Vortrages darf für eine Interessengemeinschaft angeführt werden. Wir haben dasselbe Thema gewählt, welches in dem den Kongreßmitgliedern von dem Kaiserlichen Statistischen Amt übergebenen großen, mehr als 1400 Seiten umfassenden Werke behandelt wird: „Die Versicherung gegen die Folgen der Arbeitslosigkeit". Wir glaubten, es würde den Kongreßmitgliedern lieb sein, von dem Bearbeiter des Werkes, der zugleich Mitglied unserer Gesellschaft ist, einen kurzen Vortrag über die Grundprobleme der Arbeitslosenversicherung zu hören.

Ich gebe Herrn Leo das Wort zu seinem Vortrage.

Herr Leo trägt vor über **„Die Versicherung gegen die Folgen der Arbeitslosigkeit."** Der Kreis, vor dem ich heute zu sprechen die Ehre habe, setzt sich in erster Linie zusammen aus Personen, die entweder am Versicherungswesen und an der Versicherungswissenschaft oder an der ärztlichen Wissenschaft in erster Linie interessiert sind. Das sind zwei Kreise, die schon seit langem dem Problem der Arbeitslosenversicherung das lebhafteste Interesse entgegengebracht haben. Die Ärzte ihrerseits haben dieses Interesse durch verschiedene Resolutionen betätigt, in denen sie die Arbeitslosenversicherung sogar noch als dringender als die Witwen- und Waisenversicherung bezeichnet haben. Als Versicherungsproblem ist das ganze Problem nicht älter als rund 15 Jahre. Die Forderung

einer öffentlichen Versicherung gegen die Folgen der Arbeitslosigkeit taucht zum ersten Male, soweit sich übersehen läßt, im Jahre 1892 auf und führt bald darauf zu dem Vorgehen in Bern und in Basel. Seither ist diese Forderung von der Tagesordnung nicht wieder verschwunden. Einen besonderen Impuls hat die ganze Frage erhalten, seitdem im Jahre 1901 die Gemeinde Gent in einer sinnreich ausgedachten Weise unter Anknüpfung an die Selbsthilfeeinrichtungen der Arbeiter ein System ins Leben gerufen hat, daß die Nachteile und Schwierigkeiten der sonstigen Systeme zu vermeiden schien. Näheres davon später Wenn auch das Problem als Versicherungsproblem danach ganz jungen Datums ist, so ist das keineswegs der Fall mit dem erweiterten Problem der Arbeitslosenfürsorge überhaupt. Die Arbeitslosenfürsorge greift als Armenpflege sehr weit zurück. Dieser Teil der Arbeitslosenfürsorge nimmt noch heute einen und zwar den bedeutendsten Teil ein, und seine Bedeutung wird auch nicht gering bleiben müssen, wenn es wirklich gelingen sollte, eine öffentliche Versicherung gegen die Folgen der Arbeitslosigkeit zu schaffen. Armenpflege und private Wohltätigkeit waren es, mit denen früher bei Eintritt größerer Arbeitslosigkeit dieser zu begegnen versucht wurde; wo sie versagte, traten Staat und Provinzen als Träger der öffentlichen Armenlasten ein, oder die Gemeinden gingen mit der Beschaffung von Arbeit vor, indem sie entweder Arbeiten, welche ohnehin ausgeführt werden mußten, in die Zeiten größerer Arbeitslosigkeit legten, oder besondere Arbeiten für diesen Zweck einrichteten. Betont sei dabei, daß der Bezug von Armenunterstützung in einer Reihe von Staaten den Verlust politischer Rechte nach sich zieht. Mit dem Beginn der neunziger Jahre, mit der Entwicklung der Organisation der Arbeiter, änderte sich die Auffassung der Arbeiter in dieser Frage. Man empfand es schwerer als zuvor, daß ein Arbeiter bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit auf Wohltätigkeit angewiesen sei oder gar der Armenpflege anheimfallen und damit einen Teil seiner politischen Rechte einbüßen sollte. Die Auffassung der Arbeiter, zumal in Deutschland, machte sich dahin geltend, daß es Sache des Staates sei, für Arbeit zu sorgen oder bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit den Arbeiter zu unterhalten. In der Schweiz wurde sogar der förmliche Antrag auf Aufnahme der Bestimmung des Rechts auf Arbeit an die Bundesregierung gestellt, allerdings schließlich abgelehnt. Im Zusammenhang mit diesem Wechsel der Auffassung steht auch um diese Zeit das Vorgehen der Staaten und Gemeinden auf dem Gebiete des Arbeitsnachweises. Wurde so auf der einen Seite von den öffentlichen Organen durch Arbeitsverschaffung und Arbeitsvermittlung der Arbeitslosigkeit direkt entgegengetreten, so setzte auf der anderen Seite um diese Zeit in Deutschland die Selbsthilfe des Arbeiterstandes durch Einführung der Arbeitslosenunterstützung in den Verbänden ein. Anfänglich ging man dabei von karitativen Gesichtspunkten aus, wurde sich indessen wohl bald darüber klar, daß diese Unterstützung der Arbeitslosen nicht nur diesen, sondern auch den in Arbeit stehenden Mitgliedern zugute kam, da die Arbeitslosen sie nicht mehr auf dem Arbeitsmarkt unterboten. Was eingeführt war als Linderungsgrund für die Not der arbeitslosen Mitglieder, das wurde zum wertvollsten Instrument der gewerkschaftlichen Politik der Hochhaltung der Lebenshaltung. Dieser Einsicht verdankt die Arbeitslosenunterstützung die Entwicklung, die sie in den letzten 20 Jahren genommen hat, von der Sie einen Begriff erhalten werden, wenn ich erwähne, daß im Jahre 1904 die englischen Gewerkvereine 13 Millionen, die deutschen Arbeiterverbände über 2 Millionen Mark für Arbeitslosenunterstützung verausgabt haben. So wurde das Problem praktisch von zwei Seiten in Angriff genommen,

von den Gemeinden einerseits, von den Arbeitern selbst andererseits, und zwar von beiden in der Richtung der Trennung der Arbeitslosenfürsorge vom Armenwesen. Man lehnte von Arbeiterseite Armenunterstützung als Hilfe bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit ab und verlangte strenge Scheidung von Arbeitslosenunterstützung und Armenpflege, man lehnte ebenso Almosen ab, und so entwickelte sich historisch die Idee einer öffentlichen Arbeitslosenversicherung, die begrifflich und tatsächlich vom Armenwesen und Wohltätigkeit streng geschieden sein sollte.

Welches ist nun positiv die Aufgabe der Arbeitslosenversicherung? Die Antwort stößt sofort auf Schwierigkeiten bei Feststellung des Begriffs „arbeitslos". Wer ist arbeitslos? Arbeitslos ist z. B. auch der Arbeitsscheue. Für ihn ist augenscheinlich die Arbeitslosenversicherung nicht bestimmt. Arbeitslos ist auch der Arbeitsunfähige. Auch an ihn ist augenscheinlich in diesem Zusammenhange nicht gedacht. Er ist Gegenstand der Invalidenversicherung oder der Wohlfahrtspflege oder der Armenpflege. Es handelt sich bei dem Problem der Arbeitslosenversicherung vielmehr lediglich um die Frage der zeitweiligen wirtschaftlichen Sicherstellung der arbeitswilligen und arbeitsfähigen Personen während vorübergehender Arbeitslosigkeit. Aber die Grenze muß noch enger gezogen werden. Arbeitslos kann nur jemand sein, der gewöhnlich erwerbstätig ist und zwar erwerbstätig als Arbeitnehmer. Es werden also aus dem Begriff auszuscheiden sein die ganze nicht erwerbstätige Bevölkerung und außerdem alle selbständigen Erwerbstätigen, wie die Unternehmer, Handwerker, Gewerbetreibenden usw. Wann ist denn nun aber Arbeitslosigkeit als eingetreten anzusehen? Vom Standpunkt des Individuums ist Arbeitslosigkeit vorhanden, wenn der Arbeitnehmer seine Beschäftigung verloren und eine noch nicht gefunden hat und zurzeit nicht finden kann. Anders kann die Frage der Arbeitslosigkeit als Massenerscheinung vom Stande der Volkswirtschaft aus beurteilt werden. Arbeitslosigkeit in der Industrie steht hier neben Arbeitermangel in der Landwirtschaft. Ausländische Arbeiter werden z. B. zu billigeren Löhnen herangezogen, während inländische Arbeiter beschäftigungslos sind. Kann volkswirtschaftlich von Arbeitslosigkeit gesprochen werden, wenn auf der anderen Seite in der gleichen Volkswirtschaft ein großer Bedarf an Arbeitskraft besteht? Die Frage wird mit „ja" zu beantworten sein. Arbeitskraft ist nicht ohne weiteres eine fungibile Ware; Industriearbeiter sind nicht ohne weiteres fähig, in der Landwirtschaft tätig zu sein. Was sowohl in der Industrie wie in der Landwirtschaft gebraucht wird, ist nicht die abstrakte Arbeitskraft, sondern Arbeiter mit bestimmten Qualitäten und Arbeit zu bestimmten Bedingungen. Es ist wohl möglich, daß in einer Volkswirtschaft Mangel an einer Art von Arbeitern und Überfluß in einer anderen Art vorhanden ist. In der Frage der Arbeitslosenfürsorge wird danach für die Feststellung des Begriffes „Arbeitslosigkeit" vom Standpunkt des Individuums auszugehen sein. Arbeitslosigkeit ist vorhanden, wenn der Arbeiter seine Beschäftigung verloren und eine angemessene neue noch nicht gefunden hat und zurzeit nicht finden kann. Wenn wir uns über die Stellung der Frage einer Arbeitslosenversicherung unter Zuhilfenahme öffentlicher Mittel im einzelnen klar werden wollen, so müssen wir uns nunmehr noch über einige allgemeine Gesichtspunkte verständigen. Welches ist denn die Aufgabe, die dem Staate auf diesem Gebiete zukommt? Ist danach die Forderung einer Arbeitslosenversicherung berechtigt, und, falls sie berechtigt ist, ist sie möglich und ist sie notwendig? Das sind die Fragen, auf die die Antworten zu finden sind. In jeder Volkswirtschaft

befindet sich ständig und ganz normalerweise ein gewisser Prozentsatz von Personen vorübergehend außer Arbeit und stets im Begriff, neue Arbeit zu suchen. Für Deutschland wird man diese Ziffer im Jahresmittel auf etwa 400000 Personen veranschlagen können. Wenn man nach systematischen Gesichtspunkten eine Einteilung der bisher versuchten Lösungen der Arbeitslosenversicherung vornehmen will, so ergeben sich vier große Gruppen, in die man die vorhandenen Einrichtungen einzugliedern vermag. In einzelnen Fällen finden sich wohl auch Mischformen, die in mehrere Gruppen gehören; sie bereiten indessen der Systematik wenig Schwierigkeiten. Die vier Gruppen, die hier in nachstehendem behandelt werden sollen und die meinen Ausführungen als Einteilungsprinzip zugrunde liegen, sind folgende: Alle bisherigen Versuche lassen sich charakterisieren als 1. Selbsthilfe, 2. obligatorische Versicherung, 3. fakultative Versicherung und 4. Subvention der Selbsthilfe unter Verzicht auf selbständige Versicherungseinrichtungen. Es ist das die gleiche Einteilung, die auch der amtlichen Darstellung im Reichsarbeitsblatt zugrunde gelegt ist. Von diesen vier Gruppen hat bisher praktisch weitaus die größte Bedeutung die erste Gruppe, nämlich die Selbsthilfe. Ich nannte oben schon die Zahl von 13 Millionen Arbeitslosenunterstützung, die die englischen Gewerkvereine, und von 2 Millionen Mark, die die deutschen Arbeiterverbände im Jahre 1904 an Arbeitslosenunterstützung zahlten. Es sind das Beträge, die alles, was sonst auf diesem Gebiete geleistet worden ist weitaus hinter sich lassen. Die Selbsthilfe auf diesem Gebiete ist im allgemeinen in allen Ländern gewerkschaftlicher Natur gewesen. Wie schon oben gestreift wurde, ist die Arbeitslosenunterstützung gleichzeitig ein wertvolles Instrument der gewerkschaftlichen Lohnpolitik. Durch die Arbeitslosenunterstützung verhindert die Gewerkschaft, ihre in Arbeit stehenden Kollegen zu unterbieten und dadurch auf den Lohn im Gewerbe zu drücken; sie soll verhindern, daß der Standard, den die Organisation bei guter Konjunktur an Arbeitskämpfen erreicht hat, bei schlechter Konjunktur wieder herabgesetzt wird, sie ist, vom gewerkschaftlichen Standpunkt betrachtet, die logische und notwendige Ergänzung der Streikunterstützung. Ich will auf die Bedeutung der Selbsthilfeorganisationen in den einzelnen Ländern nicht näher eingehen, da ich Ihnen sonst ein großes Zahlenmaterial vorführen müßte, das Sie nur verwirren würde; ich möchte nur betonen, daß England, Deutschland und Dänemark in dieser Hinsicht die führenden Länder sind. In Deutschland ist übrigens, wie ich hervorheben möchte, die Selbsthilfe nicht auf die gewerkschaftliche Unterstützung beschränkt geblieben, sondern sie hat sich hier auch die Form des Konsumvereins nutzbar gemacht, um durch Regelung des Warenkredits und der Spartätigkeit in eigenartiger Weise die Sicherstellung der Arbeiter gegen die Folgen der Arbeitslosigkeit zu erreichen. Es handelt sich um das sehr bemerkenswerte Beispiel des von Arbeiterseite begründeten „Konsum-, Bau- und Sparvereins Produktion in Hamburg“. Dieser Konsumverein zahlt seine Einkaufsdividende nicht aus, sondern bildet aus ihr, soweit sie nicht zur Ergänzung des Geschäftsanteils der Mitglieder erforderlich ist, einen Notfonds. Die auf ein Mitglied pro rata seiner Bezüge entfallenden Dividenden werden bis zur Höhe von 100 Mark zu einem personellen Notfonds angesammelt. Um Mitgliedern, für welche noch kein oder kein Notfonds mehr besteht, in Notfällen beizustehen, wird aus dem jährlichen Reingewinn ein Warenvorschußfonds angelegt. Der Arbeiter bildet hier also dadurch, daß er die Einkaufsdividende nicht ausgezahlt erhält, ein Guthaben bis 100 Mark. Hat er im Falle der Arbeitslosigkeit dieses verbraucht, so tritt der Konsumverein für ihn ein und gewährt ihm Warenvorschuß,

bis er wieder in der Lage ist, zu verdienen. Die Einrichtung hat sich bei genanntem Verein sehr bewährt. Der Verein zählt im Jahre 1905 18766 Mitglieder, der Reingewinn betrug 1904 rund 108000 M., der Umsatz 3 Mill. M. Berücksichtigt man, daß wir in Deutschland zurzeit etwa 2000 Arbeiterkonsumvereine haben, so wäre an sich die Möglichkeit gegeben, den genossenschaftlichen Gedanken dazu zu benutzen, um auch diesem Zweige der Selbsthilfe zur Abwehr der Folgen der Arbeitslosigkeit eine weitere Ausdehnung zu geben nach dem Vorbilde, wie es in der gewerkschaftlichen Arbeitslosenunterstützung bereits heute vorliegt. Eine solche Entwicklung ist indessen bisher nicht eingetreten; es liegen bislang auch keine Anzeichen vor, daß sie in nächster Zeit eintreten wird. Was die Beurteilung der gewerkschaftlichen Arbeitslosenunterstützung betrifft, so stellt sie sich, versicherungstechnisch betrachtet, als eine Sammlung der besseren Risiken dar. Durch die gewerkschaftlichen Anforderungen, die Beitragszahlung, das Eintrittsgeld, ist die Mitgliedschaft soweit erschwert, um die schlechteren Risiken herauszulassen. Alle die schwierigen Fragen, wie die freiwillige Arbeitslosigkeit durch Kündigung oder sonstige Herbeiführung des Unterstützungsfalles, außer durch grobes Verschulden, wie die Annahme von Arbeit zur Beendigung des Unterstützungsfalles zu behandeln ist, alle diese Fragen löst dieses System einfach, und zwar nicht vom versicherungstechnischen sondern vom spezifisch gewerkschaftlichen Standpunkt. Maßgebend für die Entscheidung dieser Frage ist das gewerkschaftliche Interesse. Was bisher in den meisten Ländern dieser Selbsthilfeorganisation der Arbeiter noch fehlt, ist die Verbreiterung der Grundlage, die durchgehends auf einen verhältnißmäßig engen Kreis der Arbeiter beschränkt ist. Die Höhe der Leistungen ist in den vorgeschrittenen Ländern und Verbänden zum Teil eine recht bedeutende — ein Beweis, daß sich auf diesem Wege an sich nicht unbedeutende Leistungen erzielen lassen. Die obligatorische Arbeitslosenversicherung, die vorher in der systematischen Einteilung an zweiter Stelle genannt wurde, ist nur einmal praktisch geworden, und zwar in St. Gallen in der Schweiz. Zwei weitere Versuche in Zürich und Basel entfallen ebenfalls auf die Schweiz; sie sind jedoch über das Stadium des Projektes nicht hinausgekommen. An dritter Stelle war oben die fakultative Versicherung genannt. Die freiwillige Versicherung gegen die Folgen der Arbeitslosigkeit setzt offensichtlich ein großes Maß wirtschaftlicher Voraussicht und Selbstdisziplin voraus; unorganisierte Arbeiter mit knappen Einkommensverhältnissen entschließen sich nur schwer zu der Verpflichtung der Zahlung regelmäßiger Beiträge auf die ungewisse Möglichkeit hin, arbeitslos zu werden. Das Ergebnis ist daher bei dieser Form der Versicherung durchweg, daß nur die besser gelohnten Arbeiter sich zur freiwilligen Versicherung entschließen, und auch diese nur, soweit sie mit ziemlicher Sicherheit damit rechnen müssen, einen Teil des Jahres keine Beschäftigung zu haben, vor allem die Bauarbeiter. Dies sind, wie auch das Reichsarbeitsblatt hervorhebt, die Gründe und psychologische Erwägungen, aus denen sich ergibt, daß der Umfang fakultativer Arbeitslosenversicherung stets ein sehr beschränkter sein wird, und die Erfahrung bestätigt es. An letzter Stelle in unserer obigen Einteilung war genannt die Subvention der Selbsthilfe unter Verzicht auf selbständige Versicherungseinrichtungen. Der diesem System zugrunde liegende Gedanke von Louis Varlez geht zurück auf seine Anschauung, daß die zweckmäßigste Betätigung der öffentlichen Körperschaften in der Arbeitslosenfrage die sei, an die Selbsthilfeeinrichtungen der Arbeiter anzuknüpfen und durch die Aussicht auf Gewährung von Zuschüssen an die Verbände nach dem Maß der

eigenen Leistungen der Verbände einen Anreiz zur Selbsthilfe zu schaffen. Die Erziehung zur Selbsthilfe unter Beihilfe von Gemeinden und Staat ist, kurz gefaßt, die Idee, die dem System zugrunde liegt. Das System hat seine großen Vorzüge, aber auch seine Schwächen und Grenzen. Die Vorzüge liegen darin, daß hier die Organisation nach Berufen der Arbeiter und die Gruppierung der Berufsrisiken schon gegeben ist, daß die ganze Kontrolle und Verwaltung, die Einziehung der Beiträge und die Auszahlung zu Lasten der Arbeiterverbände verbleibt. Die Grenzen des Systems liegen in anderer Richtung. Dies System hilft nur dem, der sich schon selbst hilft. Wo die eigene Initiative versagt, versagt auch das System; wer sich nicht selbst hilft, bleibt nach wie vor auf Armenpflege und Wohltätigkeit verwiesen. Die Arbeiterelemente, welche es am dringendsten bedürfen, werden danach auch von diesem System nicht erfaßt. Was die Erfahrungen mit dem sogenannten Genter System anlangt, so ist das System verhältnismäßig glücklich in seiner Lösung der Kontrolle. Die Gemeinde zahlt nur Zuschuß, soweit der Verband selbst Unterstützung zahlt. Hinter diesem Wall des finanziellen Selbstinteresses der Verbände, wie Varlez es nennt, war der Fonds im wesentlichen vor mißbräuchlicher Ausbeutung sicher, zumal die Vereine in Gent ihre geringe Mitgliederzahl gut zu kontrollieren in der Lage waren. Die Frage des Selbstverschuldens wird beim Genter System nicht gestellt; wem die Verbände Arbeitslosenunterstützung zahlen, bleibt ihnen überlassen. Nur einen gemeindlichen Zuschuß erhalten sie lediglich bei solchen Unterstützungen, die sich auf unfreiwillige Arbeitslosigkeit infolge von Arbeitsmangel oder Betriebsstörungen beziehen. Dem Vorbild von Gent sind in Belgien selbst eine Reihe von Gemeinden und Provinzen gefolgt, wogegen die belgische Regierung sich bisher abwartend verhalten hat. In Frankreich hat man den Gedanken des Genter Systems ebenfalls aufgegriffen und hat im letzten Jahre allerdings in sehr geringem Umfange staatliche Zuschüsse zu den Unterstützungsleistungen der Verbände zu gewähren begonnen. In Italien ist aus privater Initiative in Mailand eine Arbeitslosenkasse nach dem Genter System im vorigen Jahre eingerichtet worden. Norwegen hat in diesem Sommer ein Gesetz zur Annahme gebracht, wonach ebenfalls den Verbänden der Arbeiter staatlicherseits gewisse Zuschüsse zu ihren Unterstützungsleistungen gewährt werden. In Dänemark sind ähnliche Maßregeln von einer königlichen Kommission in Vorschlag gebracht und dem Parlament unterbreitet worden. Überblicken Sie die Reihe der Versuche einer Arbeitslosenversicherung, wie ich sie Ihnen hier vorgeführt habe, so ergibt sich zweierlei, einmal, daß auf dem Gebiet der Arbeitslosenunterstützung und der Arbeitslosenversicherung bisher nur die Selbsthilfe wirklich bedeutende Leistungen aufzuweisen hat; zweitens, daß, wo bisher ein staatliches Vorgehen stattgefunden hat, es sich vollzogen hat in der Richtung des Verzichts auf selbständige Versicherungseinrichtungen und sich beschränkt hat auf Subvention der vorhandenen Selbsthilfeeinrichtungen. Inwieweit das berechtigt und wirkungsvoll, werden Sie aus meinen Ausführungen selbst zu schließen in der Lage sein. Dies Ergebnis, wonach es den Anschein hat, als ob hier auf dem Gebiet der Arbeitslosenfürsorge nur etwas durch Selbsthilfe zuwege gebracht sei, könnte indessen zu einer vollkommen falschen Auffassung führen. Es könnte scheinen, als ob die öffentlichen Organe bisher auf dem Gebiet der Bekämpfung der Arbeitslosigkeit und ihrer Folgen ganz untätig gewesen wären. Dem ist nicht so. Die bisherige Tätigkeit der öffentlichen Organe hat sich allerdings bisher weniger darauf gerichtet, durch Gewährung eines Rechtsanspruches auf Unterstützung die wirtschaftlichen Folgen

der Arbeitslosigkeit zu mildern und zu beseitigen, als vielmehr darauf, die Ursachen der Arbeitslosigkeit selbst zu bekämpfen. Ich erwähnte oben schon die Tätigkeit der Gemeinden auf dem Gebiete des Arbeitsnachweises, und möchte noch erinnern an die Einrichtung von Notstandsarbeiten, an die zeitliche Verschiebung der öffentlichen Arbeiten auf Zeiten geringer Beschäftigung, an die Durchführung des Fortbildungszwanges, die die Qualitäten des Arbeiters hebt und weiterbildet. Auf diesem Wege hat man bisher versucht, die Quellen der Arbeitslosigkeit einzudämmen, und der Bekämpfung der Arbeitslosigkeit selbst und ihrer Quellen wird bei der Bekämpfung der Folgen der Arbeitslosigkeit wohl auch weiterhin eine hervorragende Stelle einzuräumen sein. Gelingt es, die Arbeitslosigkeit selbst durch zweckmäßige Organisation der Volkswirtschaft wesentlich herabzumindern, so ist damit auch der größte Teil des zweiten Problems, der Sicherstellung gegen die Folgen der Arbeitslosigkeit in seiner Lösung vorbereitet. Die Durchführung aller der Maßnahmen, welche geeignet sind, die Erreichung dieses Zweckes zu erleichtern, die Hebung der Fachschulbildung, der Ausbau des Arbeitsnachweises, die Erleichterung der fachlichen und freien Organisation der Arbeiter, die Regulierung der Einwanderung, sie bilden die Vorbereitung zu einer zweckmäßigen Behandlung auch des weiteren Problems: der Sicherstellung gegen die Folgen der Arbeitslosigkeit. Was die Projekte anbetrifft, welche eine staatliche Organisation der Arbeitslosenversicherung an die Einrichtungen der deutschen Arbeiterfachverbände anknüpfen wollen, so handelt es sich dabei um ein den deutschen Verhältnissen entsprechend modifiziertes Genter System. Nach den Vorschlägen von Elm's und des Korrespondenzblattes der Gewerkschaften wird allerdings den staatlichen Organen weniger Einfluß auf die Verwaltung eingeräumt, als wie dies beim Genter System der Fall ist. Bemerkenswert bei diesen Projekten ist vor allem die Begründung. Begründet werden sie in der Weise, daß die Arbeiterorganisationen mit ihren bisherigen Leistungen Aufgaben erfüllten, die zu leisten eigentlich Sache des Staates wäre, und daß der Staat sie in Zukunft dafür entschädigen muß. Wir haben uns mit dieser Auffassung bereits oben auseinandergesetzt und ich will hier nicht erneut darauf eingehen, sondern möchte mich nur auf meine Bemerkungen über das Genter System überhaupt beziehen. Die Vorschläge, welche an die Unternehmerverbände anknüpfen wollen, nehmen zum Ausgangspunkt durchgehends die deutsche Unfallversicherung. Es handelt sich um die Vorschläge von Herkner, Zacher und Buschmann. Gemeinsam ist diesen Vorschlägen die Auffassung, daß die Industrie verantwortlich wäre für die Schwankungen der Konjunktur und daher auch die Lasten der Arbeitslosenversicherung ihrerseits zu tragen habe. Auch diese Auffassung kann gewissen Bedenken unterliegen. Ich möchte bloß darauf hinweisen, daß der größte Prozentsatz der Arbeitslosigkeit in Deutschland im Winter auf die Wettersaisongewerbe entfällt, also mit Umständen zusammenhängt, die von dem Willen oder von dem Verschulden der Unternehmer gänzlich unabhängig sind, sondern nach dem Klima, in dem wir leben, mit dem betreffenden Gewerbe unveränderlich verknüpft sind. Ob es angängig ist, bei dieser Sachlage den Gedankengang, der diesen Vorschlägen zugrunde liegt, festzuhalten, lasse ich dahingestellt. Die Idee, die Kosten der Arbeitslosenversicherung ausschließlich durch die Arbeitgeber aufbringen zu lassen, die von den Schwankungen der Konjunktur selbst betroffen werden und gerade in Zeiten der Krisen selbst am wenigsten leistungsfähig sind, bedürfte in jedem Fall sehr genauer Prüfung, bevor man sie in diesem Umfange als berechtigt anerkennen könnte. Die Vorschläge, die an

die Krankenversicherung und an die Invalidenversicherung anknüpfen, werden dadurch beeinträchtigt, daß diese beiden Organisationen für ganz andere Zweige geschaffen sind als für den Zweck einer Arbeitslosenversicherung und daher für diesen neuen Zweig nicht so recht geeignet erscheinen; die Krankenversicherung, weil sie in ca. 23000 Kassen zersplittert, für diese Zweige nicht einheitlich genug organisiert ist, die Invalidenversicherung, weil ihr jede Gliederung der Berufe und ein lokaler Unterbau fehlt, — zwei Vorbedingungen, die für die Organisation einer Arbeitslosenversicherung unerläßlich erscheinen. Auf die Projekte, welche an den Arbeitsnachweis und an die Gemeinden anknüpfen wollen, brauche ich nicht weiter einzugehen, weil von ihnen nur eine allmähliche Entwicklung erwartet wird, nicht die Organisation einer Arbeitslosenversicherung für das ganze Reich mit einem Schlage. Wenn ich mich kurz zusammenfassen darf, so möchte ich meine Ausführungen damit schließen, daß ich sage, man ist bisher bestrebt gewesen, die Arbeitslosigkeit selbst zu bekämpfen und wird weiter bestrebt sein müssen, diese Bekämpfung mit allen Mitteln zweckmäßiger Organisation der Volkswirtschaft auch weiter durchzuführen und weiter auszubauen, und diese Bekämpfung wird dem zweiten Problem, der Sicherstellung gegen die Folgen der Arbeitslosigkeit, seine größte Schärfe nehmen. Die verschiedenen Systeme der Sicherstellung gegen die Folgen der Arbeitslosigkeit, welche bereits heute gebraucht sind oder vorgeschlagen werden, vermögen alle nicht, entweder das Problem einwandfrei oder es in seinem vollen Umfange zu lösen. Es handelt sich bei allen diesen Vorschlägen entweder nur um mangelhafte oder nur um partielle Lösungen. Ein System, welches allen Anforderungen in vollem Umfange genügte, ist bisher nicht bekannt geworden. Man kann nur hoffen, daß die weitere Entwicklung die vielen Zweifelsfragen, die auf diesem Gebiete noch bestehen, klären wird, und daß es dann möglich sein wird, zu einer Lösung zu gelangen, die in gleicher Weise dem Interesse des Staates wie demjenigen der Arbeiter Rechnung trägt. Als Vorbedingung für die zweckmäßige Inangriffnahme der Frage muß in jegem Fall für die ausländischen ebenso wie für unsere deutschen Verhältnisse der weitere Ausbau des Arbeitsnachweises bezeichnet werden. Es ist eine gesunde volkswirtschaftliche Auffassung, daß der Staat öffentliche Mittel nur soweit zur Verfügung stellen soll, als den Arbeitslosen angemessene Arbeit nicht zur Verfügung gestellt werden kann. Eine Übersicht darüber, ob das der Fall ist, ist aber nur möglich bei vollständiger Organisation der Arbeitsvermittelung.

Umschau.

Berlin, den 10. Juli 1907.

Eine tiefgehende Reform des sozialen Versicherungswesens im Sinne einer Zusammenlegung der drei großen Versicherungskörper ist nach den Ausführungen, die der Staatssekretär v. Posadowsky-Wehner bei der diesjährigen Etatberatung im Reichstage machte, in weitere Ferne gerückt, als nach früheren Äußerungen anzunehmen war. Doch steht eine Reform des Krankenversicherungsgesetzes, die in der Tat dringend notwendig ist, in absehbarer Zeit bevor. Ferner soll die hinausgeschobene Vereinheitlichung des Versicherungswesens durch eine Zusammenlegung der drei Gesetze in Form einer neuen Kodifikation der Gesetzgebung vorbereitet werden. In dieses neue Gesetz soll dann auch die Witwen- und Waisenversicherung hineingearbeitet werden, die nach dem Zolltarifgesetz bis zum Jahre 1910 in Kraft treten muß.

Anläßlich des Scheidens des Grafen v. Posadowsky-Wehner aus seinem Amte als „Minister für Sozialpolitik" sei vom Standpunkt der Sozialen Medizin und Sozialen Hygiene daran erinnert, daß seiner Amtsführung eine umfassende Reform der Invaliden- und Unfallversicherung, eine neue Seemannsordnung, eine Reform der Krankenversicherung, das Kinderschutzgesetz, der Acht- und Neunuhrladenschluß, das Reichsgesetz über die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, das Verbot zur Herstellung von Phosphorzündhölzern und die Errichtung der dauernden Ausstellung für Arbeiterwohlfahrt in Charlottenburg gutzuschreiben ist. Da das Ausscheiden des Grafen von Posadowsky und seine Ersetzung durch von Bethmann-Hollweg aus allgemeinpolitischen Gründen erfolgte, dürften daraus für die Sozialpolitik keine pessimistischen Schlüsse zu ziehen sein.

Der Plan einer obligatorischen Arbeitslosenversicherung ist, wenn er überhaupt jemals ernstlich ins Auge gefaßt worden ist, wohl definitiv aufgegeben. Das ist im Interesse einer klaren und zielbewußten Weiterentwicklung durchaus zu begrüßen. Damit soll keineswegs gesagt werden, daß das Problem der Arbeitslosigkeit, das die Nationalökonomen so viel beschäftigt, etwa für die sozial empfindenden Ärzte gleichgültig sei. Sie haben dazu manches zu sagen und müssen die Volkswirte warnen, sich bei ihren Deduktionen zu sehr an den abstrakten Begriff der Arbeitslosigkeit zu halten, anstatt sich die Personen anzusehen, die hinter diesem Begriffe stehen. Man kann diese Individuen zwanglos in vier Gruppen einteilen und so am besten die Vielseitigkeit des Problems erkennen. Die erste Gruppe bilden die Saisonarbeiter, die an stets wiederkehrenden Perioden von Arbeitslosigkeit zu leiden haben. Für diese Art der Arbeitslosigkeit eine staatliche Versicherung einzuführen, dürfte zwar technisch möglich sein, ist aber nicht dringend erforderlich, weil gerade diese Arbeiter in der Regel gelernt haben, sich mit der Saisonarbeitslosigkeit abzufinden. Die zweite Gruppe bilden jene Arbeiter, die eine freiwillige Arbeitslosigkeit auf sich nehmen, weil ihnen Arbeit nur zu Bedingungen angeboten wird, die ihnen ungenügend erscheinen, um dafür ihre Ware Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkte abzugeben. Diese freiwillige Arbeitslosigkeit, die prinzipiell natürlich durchaus zu billigen ist und ja auch von uns Ärzten bei Standeskämpfen zur Anwendung gelangt, kann natürlich niemals Gegenstand einer staatlichen Versicherung sein, sondern muß den Berufsorganisationen überlassen bleiben.

Diese beiden Kategorien von Arbeitslosen haben das gemeinsam, daß sie nur den Volkswirt, Politiker oder Gewerkschaftler interessieren, während die folgenden ein spezielles sozialmedizinisches Interesse darbieten. Die dritte Kategorie bilden nämlich jene Arbeitslosen, die keine Arbeit zu finden vermögen, weil sie infolge chronischer Erkrankungen, Schwächezuständen, Alter oder ererbter körperlicher oder geistiger Minderwertigkeit nur über einen Bruchteil von Arbeitskraft verfügen. Die Zahl dieser Arbeitslosen ist außerordentlich groß und ihre Situation ist durchaus eines gesetzlichen und behördlichen Eingriffes bedürftig. Die drei großen Versicherungskörperschaften gewähren ja zurzeit den meisten dieser Individuen eine dürftige Rente. Aber sie gewähren ihnen nicht die Möglichkeit, diese Rente durch einen Verdienst zu ergänzen, der ihrer verminderten Arbeitsfähigkeit entspricht. Eine neue

Versicherung für Arbeitslosigkeit würde ihnen nichts helfen. Vielmehr dürften hier Maßregeln allgemeiner Natur, Arbeitsnachweis und vor allen Dingen Assanierung der Heimarbeit, zu der sich diese bruchteiligen Arbeitskräfte unter den unwürdigsten Arbeitsbedingungen hinflüchten, am Platze sein. Die vierte Kategorie von Arbeitslosen umfaßt jene, die überhaupt nicht mehr in der Lage sind, im freien gewerblichen Leben einen Platz auszufüllen, die Vagabunden, Arbeitsscheuen, kriminellen Individuen usw., deren Zahl in Deutschland noch nach Hunderttausenden geschätzt werden muß. Der größte Teil dieser Individuen besteht aus Epileptikern, Schwachsinnigen, Trunksüchtigen usw. Für diese Art Arbeitslosen kommt natürlich nur ihre Unterbringung in Asyle in Frage. Aber es muß von ärztlicher Seite immer wieder betont werden, daß diese Asylisierung in viel größerem Maße verallgemeinert werden muß, als das bisher geschehen ist.

Am 31. Mai 1907 starb M. Litten, der außerordentliche Professor für innere Unfallkrankheiten an der Universität Berlin, im 62. Lebensjahre. A. Grotjahn.

Ein Beispiel dafür, daß kostspielige hygienische Anlagen nicht ausschließlich nach bakteriologischen Gesichtspunkten, sondern unter Würdigung aller in Betracht kommenden Faktoren, unter denen besonders die wirtschaftlichen ins Gewicht fallen, vorbereitet und durchgeführt werden müssen, ist die Wasserversorgung der Stadt Breslau, über die bereits früher[1]) in dieser Zeitschrift berichtet worden ist. Nach einem kurzen Zeitraum vorzüglicher Leistungsfähigkeit nahm Ende März 1906 die Wassermenge ab, gleichzeitig trat eine Beimengung von Eisen und vor allem von gelösten Mangansalzen in solcher Stärke auf, daß das Wasser durch Aussehen und Geschmack ungenießbar und auch für wirtschaftliche Zwecke unbrauchbar wurde. Man mußte zu filtriertem Oderwasser zurückkehren und die Wasserwerke lieferten der Bevölkerung eine je nach dem Vorrat von einwandfreiem Grundwasser wechselnde Mischung, in der das Oderwasser mehr als die Hälfte ausmachte. Zeitweise, besonders bei Hochwasser, versagten die Oderwasserfilter und die Bevölkerung mußte amtlich aufgefordert werden, das Leitungswasser nur in gekochtem Zustande zu trinken.

Über die Ursachen der Katastrophe wurden umfangreiche Untersuchungen angestellt, an denen namentlich A. Lührig, der

[1]) Vgl. diese Zeitschrift, Bd. 1, H. 2, S. 100.

Leiter des städtischen chemischen Untersuchungsamts, der Direktor der Geologischen Landesanstalt Beyschlag und der Landesgeologe Michael, sowie der Breslauer Geologe Frech beteiligt waren. Aus den Verhandlungen, welche der Breslauer Magistrat Anfang 1907 in einer umfangreichen Denkschrift veröffentlichte, ergab sich als die hauptsächlichste Ursache der Störung, daß die Menge des zur Verfügung stehenden Grundwassers für den Bedarf durchaus ungenügend war und daß in den wenigen Monaten der Benutzung viel größere Mengen entnommen wurden als nachströmten; schließlich entstammte das den Brunnen entnommene Wasser hauptsächlich den tiefsten, an Sedimenten reichen Schichten.

Das praktische Ergebnis der Untersuchungen war jedenfalls, daß die Breslauer Gemeindeverwaltung die verunreinigten Brunnen einzog, die Wasserentnahme aus den gut gebliebenen Brunnen herabsetzte und mit der Neuerrichtung großer Oderwasserfilter vorging; trotz der Bedenken, die gegen die Verwendung des Wassers eines Stroms vorliegen, der durch industriereiche Gegenden fließt und einen regen Schiffsverkehr vermittelt, konnte nur durch dieses gemischte System die erforderliche Wassermenge bereit gestellt werden.

Die eingehende Erörterung der Breslauer Katastrophe hat eine Reihe von Vorschlägen hervorgerufen, in denen ein praktischer Kern enthalten ist und die möglicherweise nicht nur für Breslau, sondern auch für andere Städte in gleicher Lage die Lösung großer Schwierigkeiten bringen. Auch Magdeburg z. B. hat damit zu kämpfen, daß es, wenn irgend möglich, vom Flußwasser sich frei machen muß, aber nicht über genügende Mengen von Grundwasser verfügt. Man hat nun in Breslau den Vorschlag gemacht, die Grundwassermenge dadurch künstlich und regulierbar anzureichern, daß man Oberflächenwasser auf das Gebiet der Grundwasserversorgung leitet, sei es in Gestalt von Teichen oder in anderer Form und durch natürliche, mittels technischer Einrichtungen geförderte Filtration in den Boden einsickern läßt, um so den Grundwasserspiegel stets auf der für den Bedarf erforderlichen Höhe zu erhalten. Die Versuche, deren Ergebnis noch aussteht, können für die Frage der Wasserversorgung großer Städte bedeutungsvoll werden. A. Gottstein.

Das Heilverfahren nach den Unfallversicherungsgesetzen.

Von Dr. med. Heinrich Schmidt,
Assistent für Soziale Medizin und Abteilungsarzt im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder (Direktor Prof. Dr. Th. Rumpf), Bonn.

I. Heilverfahren im formellen Sinne.

1. Beginn des Heilverfahrens.

Das Heilverfahren beginnt regelmäßig nach dem Gew.-G. § 9 u. lw. G. § 8 vom Beginn der 14. Woche nach Eintritt des Unfalles ab. Mit dem Ablaufe der ersten 13 Wochen, der sog. Karenzzeit, beginnt also die Verpflichtung der Bg. Dieselbe hat zu gewähren:

„Freie ärztliche Behandlung, Arznei und sonstige Heilmittel, sowie die zur Sicherung des Erfolges des Heilverfahrens und zur Erleichterung der Folgen der Verletzung erforderlichen Hilfsmittel (Krücken, Stützapparate u. dgl.)."

Mit der übernommenen Verpflichtung zur Gewährung der Leistungen gemäß Gew.-G. § 9, lw. G. § 8, Bau-G. § 9 und See-G. § 9 steht der Bg. auch das Recht der Leitung und Überwachung zu. Denn die Bg. hat das größte Interesse daran, daß der Verletzte sich einer sachgemäßen Behandlung unterzieht, die eine möglichst schnelle Wiederherstellung bzw. eine möglichst gute Besserung im Auge hat. Es geht daher nicht an, daß der Verletzte nach freiem Belieben eine Behandlung bzw. ein Heilverfahren aufnimmt, das mit den Interessen der Bg. nicht in Einklang steht, es sei denn, daß ein Fall der Not vorliegt, was im Einzelfalle zu beurteilen ist.

Hier sei noch erwähnt, daß bestimmte Vorschriften über die

„sonstigen Heilmittel nicht bestehen". Nach der Entscheidung des RVA. vom 17. IV. 01, A.-N. 1901, S. 398, Besch. 1861, ist von Fall zu Fall unter Berücksichtigung der gesamten in Betracht kommenden Verhältnisse zu prüfen, ob etwaige Hilfsmittel, wie z. B. künstliche Gliedmaßen etc., zu gewähren sind oder nicht.

Die Pflicht zur Gewährung der erforderlichen Hilfsmittel schließt auch die Pflicht zur Instandhaltung und Erneuerung in sich, vorausgesetzt, daß nicht eine schuldhafte Zerstörung oder Beschädigung vorliegt (A.-N. 1903, S. 476, Besch. 2005).

2. Übernahme in der Wartezeit.

Die Bg. ist berechtigt, schon während der Wartezeit das Heilverfahren in Erkrankungsfällen, die durch Unfall herbeigeführt werden, auf ihre Kosten zu übernehmen. Die betr. Bestimmungen des § 76 b, c, d KVG. finden hierbei entsprechende Anwendung; siehe auch RG. über die Abänderung des KVG. vom 10. IV. 92, RGBl. S. 379 ff. (Gew.-G. § 12, Abs. II, lw. G. § 27, Abs. III, Bau-G. § 9 u. 10, See-G. § 14). Die Verwaltungen der Gemeinde-Krankenversicherung, die Vorstände der Krankenkassen und die im § 75 KVG. bezeichneten Hilfskassen sind verpflichtet, jeden durch Unfall herbeigeführten Erkrankungsfall, der durch einen nach den Unfallgesetzen zu entschädigenden Unfall herbeigeführt hat, dem Vorstande der Bg., bei welcher der Erkrankte versichert ist, anzuzeigen. Die Bg. wird sich dann darüber schlüssig werden, ob sie gemäß § 76 c KVG. das Heilverfahren selbst übernehmen will oder nicht. Es liegt im Interesse der Bg., von dieser Befugnis in vielen Fällen und hauptsächlich mehr als seither Gebrauch zu machen, vor allem um eine möglichst rasche Arbeitsfähigkeit bzw. eine möglichst geringe Beschränkung der Erwerbsfähigkeit des Verletzten durch ein ihr günstig erscheinendes Heilverfahren zu erzielen. Wie wichtig diese Bestimmung des § 76 b I KVG. erscheint, geht daraus hervor, daß die Unterlassung der Anzeige mit einer Geldstrafe bis zu 20 Mk. geahndet werden kann.

Die Übernahme des Heilverfahrens gemäß § 76 c KVG. seitens der Bg. gehört unzweifelhaft zu denjenigen Faktoren, die bisher noch viel zu wenig gewürdigt sind. Eine volle Würdigung kann nur erzielt werden, wenn sowohl seitens der Bg. jeder einzelne Erkrankungsfall einer sorgfältigen Prüfung im Sinne des § 76 b c unterzogen wird, als auch der erstbehandelnde Arzt nach sorg-

fältiger Untersuchung sich alsbald darüber schlüssig wird, ob nicht im gegebenen Fall die Übernahme des Heilverfahrens durch die Bg. erfolgen soll oder nicht. Wir werden auf diesen Punkt unten ausführlicher zurückzukommen haben, bemerken aber schon hier, daß ein wirklich sachgemäßes und zweckentsprechendes Handeln der Bg. im Vereine mit dem erstbehandelnden Arzte unzweifelhaft ein weit besseres Resultat zur Folge haben wird, als solches in der Gesamtübersicht für das Jahrzehnt 1893/1902 A.-N. 1904 S. 270 verzeichnet ist. Die Zukunft dürfte lehren, daß einmal ein zielbewußtes Vorgehen der Bg. und weiterhin eine schärfere Beurteilung des einzelnen Falles seitens des erstbehandelnden Arztes allein oder unter Hinzuziehung eines weiteren Arztes nicht nur zur Ermäßigung der Unfallkosten überhaupt beiträgt, sondern auch in vielen Fällen für die Wohlfahrt des Verletzten selbst und seiner Familie von ganz außerordentlicher Bedeutung ist.

3. Übertragung des Heilverfahrens an die Krankenkasse nach der Wartezeit.

(Gew.-G. § 11, lw. G. § 14, Bau-G. § 9, See-G. § 16.)

„Die Bg. ist befugt, der Krankenkasse, welcher der Verletzte angehört oder zuletzt angehört hat, gegen Ersatz der ihr dadurch erwachsenen Kosten die Fürsorge für den Verletzten über den Beginn der 14. Woche hinaus bis zur Beendigung des Heilverfahrens in demjenigen Umfange zu übertragen, welchen die Bg. für geboten erachtet.“

Eine ausdrückliche Übertragung des Heilverfahrens ist nicht erforderlich, wenn bereits gemäß § 21, Abs. 1, Ziff. 1 KVG. die Dauer der Krankenunterstützung auf einen längeren Zeitraum als 13 bzw. 26 Wochen festgesetzt ist oder wenn sich gemäß § 6, Abs. II KVG. die Leistungen der Krankenkassen auf einen längeren Zeitraum als 13 Wochen erstrecken.

Daß die Bg. befugt ist, auch schon innerhalb der ersten 13 Wochen nach dem Unfall das Heilverfahren zu übertragen, z. B. wenn die Krankenkasse die ihr obliegenden Leistungen zu Unrecht eingestellt hat, bedarf keiner weiteren Ausführung.

Im übrigen kann den Krankenkassen von den Bg. die Fürsorge für Verletzte nur bis zur Beendigung des Heilverfahrens übertragen werden (A.-N. 1889, S. 196, Rek.-E. 705). Die beauftragten Kassen (siehe Gew.-G. § 11, Abs. IV und lw. G. § 14, Abs. V,

Bau-G. § 9, See-G. § 16) sind zur Übernahme des Heilverfahrens verpflichtet.

Eine Sonderbestimmung trifft Gew.-G. § 11, Abs. II, lw. G. § 14, Abs. III, indem nämlich die Landes-Zentralbehörde anordnen kann, daß die Mitglieder derjenigen Krankenkassen, welche Heilanstalten errichtet haben, in denen ausreichende Einrichtungen für die Heilung der durch den Unfall herbeigeführten Verletzungen getroffen sind, bis zum Beginn der 14. Woche nur mit Genehmigung der Vorstände dieser Kassen in andere Heilanstalten untergebracht werden dürfen. Diese Bestimmung hat wohl in erster Linie einen materiellen Charakter, indem, wie begreiflich, die betr. Kassen in der Lage sein sollen, ihre eigenen Heilanstalten mit Kranken belegen zu können, ferner um jede unnötige, mit Auslagen verbundene Überweisung in eine andere Anstalt tunlichst vermeiden zu können.

Der Verletzte darf während des Heilverfahrens nur mit seiner Zustimmung in eine andere Heilanstalt überführt werden. Dies hat seine Berechtigung, indem einerseits nicht nach Willkür eine Überweisung in eine andere Anstalt erfolgen kann und weil andererseits Beschwerden des Verletzten wegen unnötiger Überweisung vorgebeugt werden soll. Es kann allerdings diese Zustimmung durch die untere Verwaltungsbehörde des Aufenthaltes ergänzt werden. Die untere Verwaltungsbehörde (als welche nach der Ausführungsanweisung zum Unfallversicherungsgesetz für G. und F. vom 19. VIII. 1900 in Städten mit mehr als 10000 Einwohnern die Gemeindebehörden, im übrigen die Landräte anzusehen sind) wird z. B. von diesem Rechte Gebrauch machen, wenn die Überführung offenbar oder nach Ansicht des Arztes im Interesse des Heilverfahrens für unbedingt erforderlich erachtet wird oder wenn gar der Verletzte aus Schikane einer Überführung widersprechen sollte.

Die Ersatzpflicht ergibt sich aus Satz 1 u. 2 des Abs. I zu § 11 Gew.-G. und § 14 lw. G., Bau-G. § 9 und See-G. § 16.

Über das Verhältnis der Krankenkasse zu der Bg., welche ihr die Fürsorge für einen Verletzten über die 13. Woche hinaus übertragen hat, siehe Entscheidung des preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 14. II. 1889, A.-N. 1890, S. 510. Die Übertragung der Entschädigungsleistung seitens der Bg. ist nicht Voraussetzung des Ersatzanspruches der Krankenkassen an die Bg. für statutarische Leistungen der Krankenkassen nach dem Beginn der 14. Woche nach dem Unfall (A.-N. 1896, S. 305).

4. Beendigung des Heilverfahrens bei fortdauernder Erwerbsunfähigkeit.

Für den Fall, daß das Heilverfahren beendet, die volle Erwerbsfähigkeit aber noch nicht hergestellt ist und die Krankenkasse kein Krankengeld mehr gewährt, trifft Gew.-G. § 13, lw. G. § 15, Bau-G. §§ 9 u. 10, See-G. § 15 die Bestimmung, daß die Bg. dem Verletzten die Unfallrente schon von dem Tage ab zu gewähren hat, an welchem der Anspruch auf Krankengeld in Wegfall kommt.

Der allgemeine Grundsatz, daß die Leistungen aus der Unfallversicherung erst mit dem Ablauf der ersten 13. Woche eintreten, wird also durch obige Bestimmung durchbrochen und ist als Voraussetzung hierfür erforderlich, daß entweder Krankengeld seitens der versicherungspflichtigen Personen bezogen worden ist oder ein Anspruch auf Krankengeld in jener Zeit bestanden hat.

Auf landwirtschaftliche Arbeiten findet obige Bestimmung insofern keine Anwendung, als dieselben Krankengeld nicht bezogen haben. (Siehe im übrigen A.-N. 1901, S. 363, Besch. 1854, A.-N. 1901, S. 599, RE. 1881.)

5. Ein neues Heilverfahren jederzeit.

(Gew.-G. § 23, lw. G. § 24, Bau-G. § 9, See-G. § 18.)

Die Bg. kann, wenn begründete Annahme vorhanden ist, daß der Empfänger einer Unfallrente bei Durchführung eines Heilverfahrens eine Erhöhung der Erwerbsfähigkeit erlangen werde, jederzeit ein neues Heilverfahren eintreten lassen. Eine begründete Annahme im obigen Sinne ist stets als vorhanden anzunehmen, solange eine Aussicht auf Besserung der Unfallfolgen besteht. Es finden die früheren Bestimmungen gemäß Gew.-G. § 11, Abs. I u. II und lw. G. § 14 mit Ausnahme des Abs. III bzw. Abs. IV dieser Paragraphen entsprechende Anwendung.

Weigert sich der Verletzte ohne gesetzlichen und triftigen Grund, bei Wiedereröffnung eines neuen Heilverfahrens den Maßnahmen der Bg. nachzukommen, so kann ihm der Schadenersatz auf Zeit ganz oder teilweise versagt werden unter den weiteren Voraussetzungen des Gew.-G. § 23, Abs. II, lw. G. § 24, Abs. II, Bau-G. § 9, See-G. § 18.

Als gesetzlicher Grund zur Weigerung ist z. B. die Bestimmung

des § 22 Gew.-G., Abs. I, Ziff. 1 anzusehen und die analogen Bestimmungen der übrigen Gesetze.

Welche Gründe als triftig oder als nicht triftig anzusehen sind, wird im Einzelfalle zu entscheiden sein. Unter den zahlreichen hierüber eingegangenen Entscheidungen, die sich auf Moral, Zweckmäßigkeit, allgemeine Vorschriften, analoge Bestimmungen anderer Gesetze etc. beziehen können, sei nur auf folgende hingewiesen:

	A.-N.	1900	Seite	669
RE.	752	1889	„	358
RE.	1219	1893	„	167
RE.	1535	1896	„	382
RE.	1685	1897	„	580
RE.	2107	1905	„	430
RE.	501	1888	„	197
RE.	610	1888	„	333
RE.	871	1890	„	499
RE.	500	1888	„	196
B.	1353	1894	„	283
		1903	„	593
RE.	1216	1893	„	166
RE.	1718	1898	„	362
		1899	„	442
RE.	1219	1893	„	167

Im Falle der Weigerung können (gemäß einer Rek.-Entsch. 2026 A.-N. 1903, S. 593/94) die für den Verletzten ungünstigen Schlüsse gezogen werden. Es wird darin ausdrücklich betont, daß die Bg. bei endgültiger Weigerung zu dem Rentenanspruche Stellung zu nehmen hat gemäß Abs. II obiger Paragraphen.

Wegen der weiteren Auslegung dieser Paragraphen siehe Rek.-Entsch. A.-N. 1903, S. 468ff., RE. 2000.

Nach einer mit Bewilligung des Verletzten vorgenommenen Operation darf letzterer den Heilprozeß nicht vereiteln, muß vielmehr die Durchführung desselben im Krankenhause abwarten (A.-N. 1890, S. 499, RE. 871).

6. Das Wahlrecht der Bg. aus Gew.-G. § 22, lw. G. § 23, Bau-G. § 9, See-G. § 17.

Die Bg. hat die Befugnis, an Stelle der Leistungen aus Gew.-G. §§ 11 u. 12, lw. G. § 8 dem Verletzten freie Kur und Verpflegung in einer Heilanstalt zu gewähren. Zustimmung des Verletzten ist erforderlich, wenn derselbe verheiratet ist, eine eigene Haushaltung

hat oder Mitglied der Haushaltung seiner Familie ist. Die Zustimmung ist nicht erforderlich, wenn die Behandlung und Pflege in der Familie nicht sachgemäß ausgeführt werden kann, oder wenn nach Ansicht des Arztes des Aufenthaltsortes des Verletzten eine fortgesetzte Beobachtung des Verletzten erforderlich ist.

Die Ausübung des Wahlrechts hat unter Hinweis auf die Folgen der Weigerung durch formellen Bescheid zu erfolgen, welcher der Berufung auf schiedsgerichtliche Entscheidung unterliegt.

Wann das Wahlrecht von der Bg. ausgeübt wird, ergibt sich im Einzelfalle, jedenfalls muß ähnlich, wie oben bei der Wiedereröffnung des Heilverfahrens — abgesehen von den Fällen, in denen die Anordnung der Heilanstaltsbehandlung unausführbar ist, wenn der Verletzte z. B. im Zuchthaus, im Ausland, oder nicht transportfähig ist — hinsichtlich der „begründeten Annahme“ dargelegt ist, Aussicht auf Erfolg der Heilbehandlung vorliegen. Handelt es sich bei der Einweisung in eine Heilanstalt um ärztliche Beobachtung behufs Feststellung der Unfallfolgen, so ist zu diesen Maßnahmen außer der Bg. unter Umständen auch das Schiedsgericht und das Reichsversicherungsamt bei Erstattung der dem Verletzten entstehenden Kosten befugt (Hdb. der Unfallversicherung von Breitkopf und Härtel — S. 180, Anm. 2).

Der Verletzte ist verpflichtet, sich den ärztlichen und häuslichen Anordnungen der Heilanstalt zu unterwerfen (A.-N. 1888, S. 196). Er hat persönlich dazu beizutragen, daß ein möglichst guter Heilerfolg erzielt wird. Dagegen kann der Verletzte ohne Nachteil für seinen Entschädigungsanspruch Operationen, sowie Eingriffe, die mit einer gewissen Lebensgefahr verbunden sind, wie z. B. Narkose, stets ablehnen.

Im Falle der Widersetzung seitens des Verletzten kommt Gew.-G. § 23, Abs. II und die analogen Paragraphen der übrigen Gesetze in Betracht.

Gegen den Willen des Verletzten kann von der Bg. das Wahlrecht nur ausgeübt werden, solange das Heilverfahren nicht beendigt ist (A.-N. 1891, S. 358, B. 1073). Wann letzteres als beendigt anzusehen ist, siehe A.-N. 1891, S. 211, Rek.-Entsch. 969.

Übt die Bg. nachträglich das Wahlrecht aus, wenn also von anderer Seite eine Heilanstaltsbehandlung eingeleitet war, so ist sie auch im Falle der Übernahme der Anstaltsbehandlung verpflichtet, die Angehörigenrente zu zahlen. Weigert sie sich indessen, so kann die Angehörigenrente nicht beansprucht werden (A.-N. 1900, S. 716, RE. 1819 — siehe auch 1888, S. 282, RE. 551).

Die Bg. können regelmäßig behufs mediko-mechanischer Behandlung den Eintritt des Verletzten fordern, auch wenn der Verletzte eine an sich gute, ambulante mediko-mechanische Behandlung genießt (A.-N. 1893, S. 167, RE. 1218). Siehe im übrigen hinsichtlich des Wahlrechts:

1886	Seite	292	B. 241
1888	„	282	RE. 552
1889	„	358	RE. 752

7. Kosten des Heilverfahrens.

Als Kosten des Heilverfahrens kommen in Betracht nach Gew.-G. § 9, Abs. I, Ziff. I u. lw. G. § 8, Abs. I, Ziff. I: Freie ärztliche Behandlung, Arznei und sonstige Heilmittel, nach Gew.-G. § 22, lw. G. § 23, Bau-G. § 9, See-G. § 9: freie Kur und Verpflegung in einer Heilanstalt; auch Irrenpflege, ev. mit der Krankenpflege in Zusammenhang stehende Reise- und Transportkosten, künstliche Gliedmaßen, deren Instandsetzung und Erneuerung und Ähnliches.

Die Leistungen beginnen mit dem Tode sofort, sonst regelmäßig mit dem Beginn der 14. Woche. Die Leistung bei Übertragung ist bereits oben berührt. Ausnahme siehe Gew.-G. § 12 u. 13, Bau-G. §§ 9, 10, See-G. § 14.

Es wird grundsätzlich nur dafür Ersatz geleistet, was objektiv zu einem sachgemäßen Heilverfahren erforderlich war. Eine subjektive Entschädigungsfeststellung seitens des Verletzten oder des Versicherers kommt nicht in Betracht. Als Kosten des Heilverfahrens gelten auch Honorare der Ärzte vor der Auftragserteilung seitens der Bg., wenn die Behandlung angezeigt war (A.-N. 1896, S. 493). Die Ersatzpflicht ist unter Umständen beschränkt bei einem ohne Befragung der Bg. vom Verletzten veranlaßten, notwendigen Heilverfahrens A.-N. 1898, S. 261, RE. 1706, B. 1563), desgleichen bei einem von der Krankenkasse eingeleiteten Heilverfahrens (A.-N. 1898, S. 555, RE. 1733).

Kosten der Reise eines Verletzten behufs Gestellung in einer Heilanstalt hat die Bg. vorzuschießen (A.-N. 1887, S. 27, B. 276). Einweisung in eine Heilanstalt verpflichtet die Bg. unter Umständen auch zur Lieferung von Kleidungsstücken an den Verletzten (A.-N. 1891, S. 210, RE. 966), aber nicht zur Gewährung von Bier und Zigarren zum bloßen Genuß (A.-N. 1891, S. 210, RE. 967).

Die Höhe der von der Bg. zu erstattenden Kosten des Heilverfahrens kann auch gegenüber der an Stelle des Verletzten getretene Krankenkasse (UVG. § 8) nur von den Instanzen des UVG. festgestellt werden. Entscheidung des Reichsgerichts vom 25. II. 1896, A.-N. 1896, S. 311, Nr. 2. — Kosten des Heilverfahrens innerhalb der ersten 13. Woche können die Krankenkassen von der vorher nicht befragten Bg. nicht erstattet verlangen (A.-N. 1905, S. 411, B. 2103). Wegen Lieferung, Instandhaltung und Erneuerung von Hilfsmitteln (Stützen, Krücken etc.) siehe A.-N. 1903, S. 476, B. 2005.

Hinsichtlich der Kosten vermehrter Pflege und Aufwartung, der Kosten des Heilverfahrens siehe Entscheidung des Reichsgerichts (A.-N. 1892, S. 259, Nr. 6).

Die Feststellung erfolgt gemäß Gew.-G. § 69, lw. G. § 75, Bau-G. § 37, See-G. § 74 durch Beschlußfassung, und zwar sofern die Genossenschaft in Sektionen eingeteilt ist, durch den Vorstand der Sektion, wenn es sich handelt um die im Gew.-G. § 69, Abs. I, Ziff. I und lw. G. § 75, Abs. I, Ziff. I unter a. bis e. bezeichneten Leistungen, in allen übrigen Fällen durch den Vorstand der Genossenschaft.

Gemäß Absatz 2 obiger Paragraphen kann die Feststellung auch durch besondere Kommissionen, Vertrauensmänner, Ausschuß des Genossenschafts- oder Sektionsvorstandes erfolgen.

Soll nach Gew.-G. § 69 u. lw. G. § 75, Abs. II. (Bau- u. See-G.) auf Grund eines ärztlichen Gutachtens die Bewilligung einer Entschädigung abgelehnt werden, so ist vorher der behandelnde Arzt zu hören. Ev. Zurückweisung an die Vorinstanz. (A.-N. 1903, S. 472, RE. 2001. 2002.) Wer als behandelnder Arzt anzusehen ist, siehe A.-N. 1901, S. 180, Bescheid 1843.

Die Festsetzung der Entschädigung erfolgt von Amts wegen in beschleunigtem Verfahren (Gew.-G. § 71, Abs. 1, lw. G. § 77, Bau-G. § 37, See-G. § 76). Siehe hierzu Motive (1900) zu § 58. Die Beschleunigung gilt auch für den Fall des Abs. II dieser Paragraphen. Im Falle des Abs. III hat vorläufige Zubilligung der Entschädigung zu erfolgen.

Daß diese Beschleunigung wohl die größte Verzögerung erleidet durch das Heilverfahren, die Feststellung des Grades der Erwerbsfähigkeit, die erforderlichen ärztlichen Beobachtungen und die im Anschluß daran zu erstattenden Gutachten liegt auf der Hand. Immerhin aber muß prophylaktisch für eine möglichst schnelle Erledigung dieser Maßnahmen mehr als bisher Sorge getragen werden. Wir werden auf diesen Punkt später zurückkommen.

Die Feststellung hat zu erfolgen in demjenigen Zeitpunkt, in welchem alle für die Entschädigung erheblichen Tatsachen feststehen. Zu diesem Behufe ist unter Umständen nicht erforderlich, daß die Bg. die Durchführung der Unfalluntersuchung etc. abwartet. Siehe im übrigen Anleitung des RVA. vom 11. I. 1888 (Hdb. S. 901 ff.)

Eine Feststellung der Entschädigung wird auch dann als geschehen angesehen, wenn die Fürsorge für den Verletzten einer Krankenkasse übertragen ist oder nur die Kosten des Heilverfahrens übernommen sind (A.-N. 1891, S. 290, RE. 1066).

Bei wesentlichen Veränderungen der Verhältnisse (z. B. erhebliche Besserung, Verschlechterung, Tod, Notwendigkeit der Heilbehandlung) für die Feststellung kann anderweite Feststellung erfolgen (Gew.-G. § 88, lw. G. § 94, Bau.-G. § 37, See-G. § 92). Dieselbe erfolgt auf Antrag oder ex officio durch Bescheid der Bg., ev. auf Antrag durch Entscheidung des Schiedsgerichtes. Zu dem Antrage auf Wiederaufnahme eines Heilverfahrens ist neben dem Verletzten auch die Krankenkasse, der er angehört, berechtigt (Abs. IV). Dieselbe hat nicht nur ein berechtigtes Interesse an dem Heilerfolge ihrer Mitglieder sondern auch hinsichtlich des zu leistenden Ersatzanspruches im Sinne des Gew.-G. § 25, lw. G. § 30, Bau-G. § 9, See-G. § 29. Siehe hierzu Gew.-G. § 91, lw. G. § 97, Bau-G. § 37, See-G. § 95 bezüglich des neuen Heilverfahrens. Nach Abschluß desselben erfolgt die Entschädigungsfestsetzung etc. stets durch Bescheid der Bg.

Wesentliche Veränderung ist in der Hauptsache nur dann vorhanden, wenn Konnexität zwischen Unfall und Veränderung vorliegt (RE. 1955, A.-N. 1902, S. 560).

Zur Prüfung, ob überhaupt wesentliche Veränderungen vorliegen, können ärztliche Untersuchungen vorgenommen werden (Rechtshilfe § 154 lw. G.), bei grundloser Weigerung die dem Verletzten ungünstige Schlußfolgerung (RE. 2026, A.-N. 1903, S. 593).

8. Rekurs unzulässig über Kosten des Heilverfahrens (Gew.-G. § 80, lw. G. § 86, Bau-G. § 37, See-G. § 84).

Aus den erwähnten Paragraphen der verschiedenen Unfallgesetze geht hervor, daß nur in den Fällen § 69, Abs. I, Ziff. 2 und den entsprechenden Paragraphen der übrigen Unfallgesetze dem Verletzten oder dessen Hinterbliebenen, sowie dem Genossenschaftsvorstande das Rechtsmittel des Rekurses zusteht.

Es ist also die Entscheidung des Schiedsgerichts endgültig, wenn es sich handelt:

1. um freie ärztliche Behandlung, Arznei und sonstige Heilmittel, sowie die zur Sicherung des Erfolges des Heilverfahrens und zur Erleichterung der Folgen der Verletzung erforderlichen Hilfsmittel (Krücken, Stützapparate u. dgl.)

2. um die Aufnahme des Verletzten in eine Heilanstalt.

Die wichtigsten ergangenen Entscheidungen, das Heilverfahren betreffend, sind folgende;

Streit darüber, wieweit das Heilverfahren reicht und was zu den Kosten desselben gehört, ist nicht rekursfähig (A.-N. 1890, S. 194, RE. 819). Dagegen ist Rekurs zuzulassen über Kosten des Heilverfahrens nach Verbindung mit einem Rekurse zu gemeinsamer Verhandlung und Entscheidung (A.-N. 1890, S. 487, RE. 847). Siehe hierzu A.-N. 1903, S. 257, RE. 1979, wonach die Zulässigkeit des an sich unzulässigen Rekurses (Heilanstaltsbehandlung) durch Verbindung zur Verhandlung mit einem zulässigen Rekurse der Gegenpartei nicht begründet wird. Rekurs ist ferner zulässig in einem Streite über die Kosten des Heilverfahrens wegen der Frage der Zuständigkeit des Schiedsgerichtes, das sich ohne sachliche Entscheidung für unzuständig erklärt hat (A.-N. 1898, S. 555. RE. 1733).

Rekurs ist unzulässig, wenn es sich um Erstattung der Kosten des Heilverfahrens handelt (A.-N. 1900, S. 670, RE. 1808). Rekurs ist unzulässig gegen Schiedsgerichtsurteil, das nur für die Dauer eines beendigten Heilverfahrens Anspruch auf freie Krankenhausbehandlung zuerkennt (A.-N. 1895, S. 260, RE. 1468). Rekurs ist ferner zulässig wegen der Wirkung des eigenmächtigen Verlassens einer Heilanstalt auf den Rentenanspruch (A.-N. 1901, S. 625, RE. 1891).

II. Das eigentliche Heilverfahren.

Das eigentliche Heilverfahren nach den Unfallgesetzen gestaltet sich im allgemeinen nicht anders als dasjenige im Privatbetrieb überhaupt. Es findet daher bei der Behandlung seitens des Arztes kein Unterschied statt, ob der Verletzte einer Krankenkasse, Berufsgenossenschaft angehört oder ob sich jemand in private Behandlung begibt. Alle Verpflichtungen, welche dem gewissenhaften Arzt durch seine Berufspflicht gegenüber einem Privatkranken zufallen, gelten in gleicher Weise für das Mitglied

einer Krankenkasse, einer Genossenschaft oder der Invalidenversicherung etc. — **Infolge der mangelhaften Honorierung** der kassenärztlichen Leistungen und des geringen Interesses vieler Krankenkassenvorstände, weiterhin infolge der mangelnden Zeit für die einzelnen Fälle, hat sich leider vielfach der Gebrauch ausgebildet, den Mitgliedern von Krankenkassen oder Genossenschaften bei der Behandlung nicht das Interesse zu zeigen, nicht jene Aufmerksamkeit zuzuwenden, wie sie bei der Behandlung eines bemittelten Privatkranken die Regel ist. Es ist dies eine traurige Tatsache, die durchaus zu verurteilen ist. Hat der Arzt einmal seinen Beistand zugesagt, so darf eben kein Unterschied mehr gemacht werden zwischen Arm und Reich, Freund oder Feind. Ja, man kann nicht selten wahrnehmen, daß bei der Behandlung sogar ein Unterschied gemacht wird zwischen Krankenkassenmitgliedern und solchen Kranken, deren Behandlung die Berufsgenossenschaften übernommen haben. Wenn auch die Berufsgenossenschaften meist in den wichtigeren Fällen das Heilverfahren selbst übernehmen, so liegt darin doch noch kein Grund, die weniger wichtig erscheinenden Fälle, die in der Behandlung der Krankenkassen bleiben, stiefmütterlicher zu behandeln. Durch letzteren Umstand wird das Heilverfahren unnütz in die Länge gezogen und die Kranken werden nicht selten systematisch zu sogenannter „traumatischer Neurose“ (Hypochondrie, Neurasthenie, Hysterie, Querulantentum) erzogen. Den von einigen Ärzten gemachten Einwand, daß man von den Kassenmitgliedern, von den Armenverwaltungen gesandten Kranken etc. keinen oder zu wenig Dank ernte, können wir nicht unterstützen. Undankbare Menschen gibt es überall, dieselben findet man bei Privatkranken ebenso wie bei Mitgliedern der Arbeiterversicherung.

Die Tätigkeit des erstbehandelnden Arztes ist hinsichtlich der Folgen des Unfalles von allergrößter Bedeutung, sei es, daß eine äußere Verletzung stattgefunden hat, sei es, daß ein Unfall durch Einwirkung stumpfer Gewalt vorliegt. Wird nach dem Unfall der erste Moment energischen Eingreifens, vor allem die sichere Beurteilung, ob der Verletzte sofort in eine geeignete Heilanstalt zu überweisen ist oder nicht, verpaßt, dann pflegt oft viel verloren zu sein, da es in nur wenig Fällen gelingt, das Versäumte wieder nachzuholen. Der Verletzte ist gleich nach dem Unfalle einer Erfolg versprechenden Behandlung und einem operativen Eingriff zugänglich. Nach Ablauf einer gewissen Zeit pflegt das nicht mehr der Fall zu sein.

Hat man vollends so lange gewartet, bis sich teils eigene Vorstellungsideen bei den Verletzten gebildet haben, teils von dritter Seite ungünstige Einwirkungen stattgefunden haben, dann ist sehr oft das Heilverfahren sowohl hinsichtlich der Dauer und, was das Wichtigste ist, hinsichtlich der späteren Erwerbsfähigkeit in vielen Fällen ein wenig aussichtsvolles.

Wir können hier den Ausführungen von Pieper[1]) (Seite 19) nur beipflichten, daß jede Berufsgenossenschaft unmittelbar bei Beginn ihrer Entschädigungspflicht in jenem einzelnen Falle sich darüber klar werden soll, ob der betr. Verletzte noch eine weitere Behandlung nötig hat oder nicht.

In der Tat läßt die Behandlung innerhalb der ersten Wochen häufig zu wünschen übrig, entweder dadurch, daß die Fälle nicht mit genügender Rücksicht auf das zu erstrebende funktionelle Resultat behandelt oder nicht rechtzeitig zu einer sachgemäßen Nachbehandlung abgegeben werden. Man sollte, wie Lossen[2]) (S. 452) sagt, meinen, daß es nicht schwer sei, aus den Unfallanzeigen zu entnehmen, ob ein Fall zur Nachbehandlung geeignet sei oder nicht. Daß der erstbehandelnde Arzt oft kein Interesse zeigt, einen Patienten abzugeben, wie Lossen (S. 452) hervorhebt, spielt doch wirklich hier keine Rolle. Es kommt doch nicht die etwaige Benachteiligung des erstbehandelnden Arztes in Betracht, sondern nur das Ziel, die schnellste Wiederherstellung des Verletzten. Als Folgen einer mangelhaften Diagnose, besonders für die inneren Fälle, hört man nicht selten Aussprüche seitens des Verletzten: „Das wird doch nicht wieder gut", „kein Arzt kann mehr helfen" und ähnliche. Es ist ungemein schwer und erfordert außerordentlich viel Mühe, den Verletzten dann zu einer anderen Ansicht zu bekehren und ihm zu beweisen, daß die teils von den Angehörigen teils vom Arzt suggerierte schwere Erkrankung tatsächlich nicht besteht.

Auch können wir nicht sagen, daß die anderweitige Anordnung von Maßnahmen seitens der Berufsgenossenschaft oder eine in diesem Sinne ausgeführte Kontrolle seitens eines Vertrauensarztes ein Mißtrauen in die Behandlungsmethode des erstbehandelnden Arztes bedeutet. Es ist wahrlich die höchste Zeit, daß endlich mal von berufener und interessierter Seite, nämlich von Vertretern

---

[1]) Pieper, Betrachtungen über das Heilverfahren bei den Berufsgenossenschaften. Darmstadt 1904, Verlag von G. L. Schlapp.

[2]) Lossen, Die Ernst Ludwig-Heilanstalt. Darmstadt 1905, Verlag von G. L. Schlapp.



der Bg., energisch gegen die vielfachen Verfehlungen seitens der erstbehandelnden Ärzte Front gemacht wird. Neuerdings hat Lohmar in einem Vortrage (Sitzung für Soziale Medizin in Bonn am 10. I. 07) eingehend die Mangelhaftigkeit des Heilverfahrens an zahlreichen Beispielen illustriert. In gleichem Sinne wie Pieper und Lohmar hat Schwanck[1]) (S. 1—20) die Mängel des Heilverfahrens in der Unfallversicherung zur Genüge dargelegt. Ärzte, welche sich viel mit Angelegenheiten der Unfallversicherungsgesetze beschäftigen, können in der Tat jedes Wort der obengenannten Vertreter von Bg. unterschreiben. Es sind immer dieselben traurigen Ergebnisse des Heilverfahrens, welche sich in den Unfallakten der Bg. bzw. deren Sektionen vorfinden, auf welche in gleichem Maße von ärztlicher Seite, so z. B. von Liniger[2, 3, 4]) Ledderhose[5]) und Hoffa[6]) und anderen immer und immer wieder aufmerksam gemacht wird.

Solange der erstbehandelnde Arzt nicht die einschlägigen modernen Behandlungsmethoden und den Betrieb bei der Bg. kennt, kann von einem idealen Heilverfahren nicht die Rede sein.

In der Unfallchirurgie ist im allgemeinen das konservative Verfahren im Prinzip zu verwerfen; es ist einzig und allein das Augenmerk darauf zu richten, eine völlige Wiederherstellung oder den bestmöglichsten Erfolg hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit zu erzielen (operativer Eingriff bzw. entsprechende Nachbehandlung). Damit hat man nicht nur dem Verletzten und seiner Familie, den Bg. etc. am meisten gedient, sondern der Arzt wird auch durch solches Verfahren den größten Dank ernten. Was nützt dem Arbeiter der erhaltene Finger, wenn derselbe im Grundgelenk nicht bewegt werden kann? Die betreffende Hand ist dann oft nicht nur gebrauchsunfähig, sondern aus dem früher fleißigen wird jetzt

---

[1]) A. Schwanck, Die Reform des Heilverfahrens etc. Köln 1906, Verlag von Paul Neubner.

[2]) Die Behandlung und Begutachtung von Verletzungen der Arbeiterhand. Bonn 1906.

[3]) Oberschenkelbruch und Unfallversicherung. Archiv für Orthopädie, Mechanoth. u. Unf.-Chir., Bd. V, H. 2/3.

[4]) Arzt und Attest. Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen. 14. Jahrg., Nr. 2, 1907.

[5]) Vortrag, gehalten auf dem 21. Verbandstage der deutschen Baugewerks-Bg. am 8. September 1906 in Stuttgart.

[6]) Vortrag, gehalten auf dem internationalen medizinischen Kongreß in Lüttich (Juni 1905): „Über Unfallfolgen und deren Behandlung“.

ein arbeitsscheuer Arbeiter, ein Hysteriker, ein Querulant, der den Trägern der Versicherung nur zur Last fällt, sich niemals operieren läßt und nur den Gedanken hat, möglichst Kapital aus seinem erlittenen Unfalle zu schlagen. Nachdem durch die Arbeiter-Versicherungsgesetze nun einmal die Zahl der sog. Unfallneurosen in bedenklichem Maße gestiegen ist, muß es eine der höchsten Aufgaben des Arztes sein, danach zu trachten, daß solche im Keime erstickt werden.

Dies kann in der Unfallchirurgie, wie oben dargetan, vielleicht in den weitaus meisten Fällen nur durch die zeitige operative Behandlung bzw. entsprechende Nachbehandlung geschehen. Die Nachbehandlung ist, wie im Laufe der Zeit die Erfahrungen gelehrt haben, unbedingt angezeigt nach allen Knochenbrüchen, Verrenkungen, schweren Quetschungen, Distorsionen, länger andauernden Zellgewebsentzündungen u. dgl. Siehe hierzu Schwanck a. a. O., Anhang S. 2. Daneben darf selbst hier nicht vergessen werden, daß der Verletzte oft einer psychischen Behandlung bedarf.

Es hat sich ferner im Laufe der Zeit nach dem Inkrafttreten der Unfallversicherungsgesetze eine Erscheinung bemerkbar gemacht, die sich nach und nach sehr ausgebreitet hat und die bezüglich einer prophylaktischen Maßnahme mehr Beachtung verdient. Viele Verletzte glauben nämlich, selbst wenn nach einem Unfall irgendwelche Unfallfolgen, welche später zu einer Beschränkung der Erwerbsfähigkeit führen, nicht mehr bestehen, dennoch ein Recht auf eine Entschädigung zu haben. Zur Erlangung dieses vermeintlichen Anspruches — der nicht lediglich als eine Folge der Unkenntnis der Gesetze anzusehen ist, sondern wohl mehr aus den Gedanken entspringt, als sei der in Frage stehende Anspruch gewissermaßen ein Schmerzensgeld — wird dann zu den erdenklichsten Mitteln gegriffen, zumal wenn nach dem Unfall weder eine psychische noch irgend eine andere, besondere Behandlung eingeleitet wurde. Hier müssen die Ärzte durch Belehrung eingreifen und zwar in Fällen ohne organische Erkrankung durch offene Aufklärung, bei der Behandlung kleiner Leiden durch Anspornung der Energie. Der Umstand aber, daß nichts geschieht, ist eben für Verletzte die Ursache, aus dem Unfall Tatsachen zu konstruieren, die möglicherweise doch zu einer Entschädigung führen. Es kann daher bei vielen derartiger, meist in Behandlung der Krankenkassen bleibender Fälle, die scheinbar ohne alle Folgen — ohne Einleitung eines be-

sonderen Heilverfahrens — heilen, nur von Nutzen sein, wenn auch nur irgend eine besondere Maßnahme vorgenommen wird, damit der Verletzte sieht, daß man sich seiner voll und ganz annimmt, um seine Wiederherstellung herbeizuführen. Die Ausführung einer solchen Behandlung will vielleicht kleinlich erscheinen. Wenn man aber bedenkt, daß durch solche Maßnahmen recht viele kleinere Renten vermieden werden, so dürfte diese scheinbar überflüssige prophylaktische Behandlung doch wohl etwas mehr als bisher in geeigneten Fällen am Platze sein. Sie kann häufig doch auch insofern von Nutzen sein, als sie vorbeugend die Anzahl von etwa später eintretenden Hysterien herabmindert.

Wir betonen noch, daß die hier fraglichen Fälle am besten in der Behandlung des erstbehandelnden Arztes verbleiben, da durch eine Überweisung in eine Heilanstalt der Ideenkreis zur Erlangung einer Rente vielleicht nur noch vergrößert wird. Gerade bei solchen kleineren Leiden empfiehlt es sich sehr, die Verletzten über das Wesen der Unfallversicherungsgesetze aufzuklären; man erreicht dadurch manchmal mehr, als man vorher geglaubt hat.

Nicht nur die Bg. sondern auch die Versicherungsanstalten erwägen im gegebenen Falle, ob ein Arzt für eine etwaige Untersuchung und Behandlung geeignet ist oder nicht. Eine solche Erwägung kann nur im Interesse der Versicherungsträger liegen, weshalb es auch von diesen auf Grund der gesammelten Erfahrungen in der Regel so gehalten wird, daß den tüchtigen und gewissenhaften Ärzten die Patienten belassen werden, daß letztere hingegen aus der Behandlung von zweifelhaften Ärzten entfernt werden.

Der oben ausgesprochene Grundsatz, die Unfallneurosen im Keime zu ersticken, kommt noch mehr als in der Unfallchirurgie in denjenigen Fällen zur Geltung, in denen eine äußere Verletzung nicht stattgefunden hat oder bei denen eine operative Behandlung nicht erforderlich ist oder die anatomischen Unfallfolgen geschwunden sind. Es ist daher in solchen Fällen, z. B. Gehirn- und Rückenmarkserschütterungen, Brustkontusionen etc., von vornherein neben sachgemäßer symptomatischer Behandlung das Hauptaugenmerk des erstbehandelnden Arztes darauf zu richten, der Entstehung der Unfallneurosen durch psychische Behandlung möglichst vorzubeugen. Versäumt der erstbehandelnde Arzt, zu welchem der Kranke in der Regel das größte Vertrauen hat oder wenigstens haben soll, den Kranken in entsprechender Weise psychisch zu beeinflussen, so ist, wie oben bereits berührt, damit häufig bereits soviel verloren, daß es in sehr vielen Fällen überhaupt nicht mehr

gelingen wird, ein befriedigendes Resultat zu erzielen. Auf diese Weise muß man hin und wieder sehen, daß Kranke, bei denen nachweislich vom Unfall an jeder objektive Befund gefehlt hat, für das Heilverfahren ganz oder teilweise als verloren anzusehen sind, nur aus dem Grunde, weil von Anfang an nicht die Maßnahmen eines sachgemäßen Heilverfahrens, einer geeigneten, psychischen Behandlung vorgenommen wurden. Solche Kranke wollen dann häufig später gar nicht mehr gesund werden.

In gewissen Fällen wäre die Aussicht auf eine Besserung vielleicht noch vorhanden, aber die Kosten des Heilverfahrens dürften dann oft wohl kaum noch im Verhältnis zu dem Erfolge stehen. Denn was nützt ein vielleicht monatelanges Heilverfahren, um den Verletzten ev. wieder auf die Beine zu bringen, zum Arbeiten bringt man einen solchen Kranken doch nicht mehr: also in bezug auf die Erwerbsfähigkeit wäre nichts erreicht; dann steht sich eine Bg. noch am besten, wenn sie einem solchen Verletzten auf sein immerwährendes Verlangen hin z. B. einen Fahrstuhl schenkt, damit sie für eine gewisse Zeit von einem solchen unheilbaren Hysteriker und Querulanten nicht mehr belästigt wird. Wenn auch die meisten Fälle nicht so kraß sind, wie der eben erwähnte, vor einiger Zeit bei uns vorgekommene, so ähneln ihm hinsichtlich des Erfolges doch recht viele. Dieser und ähnliche Fälle sind ein Beweis für die Ausstellung von unbegründeten ärztlichen Zeugnissen, namentlich hinsichtlich einer mangelhaften Untersuchung, einer falschen Diagnose und einer ungerechtfertigten Prognose.

Daß die sachgemäße. psychische Behandlung keine leichte Aufgabe ist, weiß jeder. Vielleicht ist dies auch der Grund, weshalb dieselbe zu wenig ausgeführt wird. Es kann hier nicht auf das einzelne eingegangen werden, doch es sei bemerkt, daß es für die Folgezeit unbedingt erforderlich werden wird, sich mit prophylaktischen Maßnahmen, der psychischen Behandlung mehr als bisher zu befassen, worauf ja auch das RVA. wiederholt, so z. B. in seiner Bemerkung zu der Gesamtübersicht für das Jahrzehnt 1893/1902 hingewiesen hat (A.-N. 1904, S. 270) und auch ferner neuerdings in einem Rundschreiben vom 17. VII. 06 an die Versicherungsträger der Unfall- und Invalidenversicherung (betr. die Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs) zum Ausdruck gelangt, daß durch vorbeugende und heilende Maßnahmen analog den Unfallverhütungsvorschriften schädigenden Einflüssen entgegenzuwirken sei (A.-N. 1906, S. 507/8).

Daß die bisherige ärztliche Behandlung einen so wenig pro-

phylaktischen Charakter hat, hat aber einen nicht geringen Grund darin, daß, abgesehen von den oben erwähnten Momenten, zum Teil die Ärzte mit Arbeit überlastet sind und daß vor allem von vornherein zu wenig materielle Mittel für das Heilverfahren verwandt werden. Dazu kommt noch, daß auf dem Lande oft die Kranken wegen großer Entfernung schwer zu erreichen sind.

Bei der Krankenhausbehandlung sind den einzelnen Ärzten nicht selten 50 Betten und noch mehr zugewiesen. Daß in solchen Fällen eine wirklich sachgemäße Behandlung stattfinden kann, ist wohl nicht gut zu erwarten. Es ist für diese Fälle sowie für die Verhältnisse auf dem Lande, wo die Verbindung mit der Krankenkasse und den Bg. eine zu lockere ist, dringend zu wünschen, daß mehr Ärzte angestellt bzw. dieselben besser honoriert werden und daß bei einer demnächstigen Reform der Arbeiterversicherungsgesetze dafür Sorge getragen wird, daß die Verbindung zwischen den behandelnden Ärzten und den Bg., sowie zwischen den Krankenkassen und den Bg. eine innigere ist. Nur auf diese Weise können die häufigen Verzögerungen des Heilverfahrens, die wieder die unbefriedigenden Heilerfolge zur Folge haben, vermieden werden. Ein vermehrter Kostenaufwand für das Heilverfahren ist keine Mehrausgabe. Es ist nur eine einmalige erhöhte Ausgabe, die ein zweifelsohne erhöhtes besseres Resultat hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit zur Folge hat. Wir behaupten, daß ein länger andauerndes, aber billigeres Heilverfahren hinsichtlich der späteren Erwerbsfähigkeit nicht denselben guten Erfolg verspricht, wie ein sofort eingeleitetes, scheinbar kostspieligeres Heilverfahren, das in kürzerer Zeit beendigt wird.

Diese Ansicht wird auch von Pieper a. a. O. vertreten, der daselbst zur Genüge dargetan hat, daß bei Durchführung eines geeigneten Heilverfahrens trotz der Mehrleistungen das Anwachsen der Gesamtrenten außerordentlich gering war. Es wird im übrigen auf die betr. Schrift verwiesen.

Siehe hierzu auch Lossen, Darmstadt 1905, „Die Ernst-Ludwig-Heilanstalt“, S. 455, der genau denselben Standpunkt vertritt.

Wir können die Behauptung von Ledderhose,[1]) daß viel-

[1]) Ledderhose, Vortrag, gehalten in Stuttgart auf dem 21. Verbandstage der deutschen Baugewerks-Bg. am 8. IX. 06.

leicht ein Drittel der Summe von Arbeitsbeschränktheit, welche zurzeit infolge von Betriebsunfällen Versicherter in Deutschland existiert, durch andere Gestaltung des Heilverfahrens hätte vermieden werden können, in jedem Punkte unterschreiben. Wir glauben, daß diese Schätzung eher zu niedrig als zu hoch gegriffen ist, womit auch die Ansichten einiger Privatversicherungsgesellschaften übereinstimmen, welche die unverhältnismäßig hohen Rentenauszahlungen fast einzig und allein auf die mangelhafte und unzweckmäßige Durchführung des Heilverfahrens zurückführen.

In der Arbeiterversicherung, besonders in Angelegenheiten, in denen die Krankenkassen das Heilverfahren übernommen haben, wird die Unzweckmäßigkeit des Heilverfahrens, wie man sich bei Durchsicht der Fundberichte überzeugen kann, oft genug von den Ärzten selbst unterstützt, indem dieselben eine Reihe von Fällen ambulant behandeln, nur damit der Verletzte der Krankenrente nicht verlustig geht.

Die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit ist also hier Nebensache. Bei Ausführung solcher Maßnahmen geht man wirklich nicht zu weit, wenn man vielen Ärzten das richtige Verständnis für die Sache direkt abspricht.

Wir können daher einstweilen den Bg. nur dringend empfehlen, mehr noch als bisher von der Übernahme des Heilverfahrens Gebrauch zu machen und keine Kosten für dasselbe zu scheuen. Vielleicht tun die Bg. gut, das Heilverfahren in allen Fällen zu übernehmen, mit Ausnahme derjenigen, in denen es offenbar nicht nötig erscheint. Auch Schwanck a. a. O. S. 40—43 vertritt dieselbe Ansicht.

Die eigentliche psychische Behandlung ist, wie oben bemerkt, keine leichte; allgemeine Regeln lassen sich dafür nicht gut aufstellen. Es ist Voraussetzung, daß sich der Arzt dem Kranken gegenüber die volle Autorität bewahrt und denselben nach und nach in seine volle Einflußsphäre hineinzieht. Wir müssen hier bemerken, daß es verkehrt ist, von vornherein einem Verletzten mit Mißtrauen gegenüberzutreten, wie es in der Arbeiterversicherung so häufig der Fall ist, indem man ihn für einen Übertreiber oder sogar für einen Simulanten hält.

Damit erreicht man ganz selten etwas, vielmehr zumeist nichts. Mehr oder weniger wird ja von den meisten Verletzten, mögen dieselben der Arbeiter- oder Privatversicherung angehören,

übertrieben. Die Fälle der eigentlichen völligen Simulation sind aber (gegenüber der Fälle anderer Fälle) u. E. gar nicht so häufig, wie dies von anderer Seite öfters mitgeteilt wird. Auch können wir entgegen anderer Mitteilungen nicht behaupten, daß die Simulation bei den Mitgliedern der Arbeitersicherung häufiger vorkommt als bei der Privatversicherung. Sicherlich aber steht nach unserer Ansicht fest, daß die Simulation im allgemeinen von den Privatversicherten mit viel größerer Raffiniertheit ausgeführt wird als von den Mitgliedern der Arbeiterversicherung. Der Beruf spielt allerdings eine große Rolle bei der Simulation. Daß z. B. Pastoren, Offiziere und Gymnasiallehrer nicht so häufig und raffiniert simulieren werden wie Personen aus der Geschäftswelt, z. B. Handelsleute, Agenten, Prokuristen dürfte einleuchtend erscheinen.

Es ist daher auch eine bekannte Tatsache, daß z. B. bei Eisenbahnunfällen meistens nur solche Personen Entschädigungsansprüche gegen den Eisenbahnfiskus gemäß den Bestimmungen des Reichs-Haftpflichtgesetzes vom 7. VI. 1871 bzw. Art. 42 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche geltend machen, welche der Geschäftswelt angehören, wie Kaufleute, Agenten, Prokuristen, Fabrikanten etc., während unter denselben gegebenen Verhältnissen solche Ansprüche von Beamten, Lehrern, Offizieren, Pastoren etc. nicht oder nur höchst selten gemacht werden.

Die psychische Behandlung ist ganz individuell. Außer dem Berufe wird der Arzt die genaue Anamnese, das Vorleben des Verletzten sowie die Art und Weise des eigentlichen Unfalles zu berücksichtigen haben. Auf nicht geringe Schwierigkeiten wird man öfters stoßen hinsichtlich der Unterbringung des Verletzten, wenn die Behandlung des letzteren im Kreise seiner Angehörigen nicht angängig ist. Die Heilanstaltsbehandlung hat auch ihre Schattenseiten, indem die Verletzten häufig von dritter Seite Beeinflussungen ausgesetzt sind, die eine sachgemäße psychische Behandlung des Arztes sehr erschweren können. Man kann aber einen Kranken nicht isolieren oder ihm das Sprechen mit anderen Kranken verbieten. In solchen Fällen ist es bei unseren heutigen Verhältnissen oft im Interesse eines guten Heilerfolges dringend angebracht, wenn man in geeigneten Fällen den Verletzten in einer Privatpension unterbringt, wo die gewohnten häuslichen Verhältnisse desselben möglichst ersetzt werden, wo derselbe ein ruhiges, behagliches Dasein führen kann, oder indem man den Verletzten mit anderen, nicht Unfallkranken, zusammenlegt. Gegenüber Übertreibungen ist alsdann eine gute und scharfe Beobachtung erforderlich. Wir

müssen gestehen, daß solche Maßnahmen für eine erfolgreiche, psychische Behandlung von größter Bedeutung sind, indem sie neben den erwähnten Annehmlichkeiten gegenüber der Krankenhausbehandlung eine Beeinflussung von dritter Seite auf das geringste Maß herabsetzen. Leider ist dieses Verfahren nicht immer durchführbar, weil es zu kostspielig erscheint, obwohl, wie oben dargetan, diese erhöhten Pflegekosten gar keine Mehrausgaben bedeuten und meistens ein besserer Heilerfolg erzielt wird. Nicht nur die Bg., sondern selbst gut fundierte Privatversicherungen, die an einem schnellen und guten Heilerfolge sicherlich das größte Interesse haben, sträuben sich oft unbegreiflicherweise gegen solche Maßnahmen.

Es möge hier noch kurz erwähnt sein, daß die Anwendung der Röntgenstrahlen bisher von vielen Berufsgenossenschaften nicht die Würdigung erfahren hat, die sie haben sollte.

In welcher Weise die psychische Behandlung ausgeführt wird, richtet sich, wie oben berührt, nach dem Individuum im Einzelfall. Bei den Fällen der reinen traumatischen Hysterie und der schweren Neurasthenie, die wohl an und für sich die größten Schwierigkeiten darbieten, haben wir uns, abgesehen von symptomatischer Therapie, mit großem Erfolge der Suggestion durch Hypnose bedient. Die Erfolge waren häufig geradezu wider Erwarten überraschende. Bei Ausführung derselben mag jeder die ihm geeignet erscheinende Methode anwenden. Daneben wird man gelegentlich sowohl durch innerliche Darreichung von Medikamenten als auch durch örtliche Behandlung von schmerzhaften Stellen, wie Injektionen von Schleich'schen und anderen Lösungen, ferner durch kohlensaure Bäder, elektrische Scheinwerfer, Massage etc. eine langsame, aber stete Besserung erzielen. Es ist außerordentlich wichtig, daß bei subjektiven Beschwerden irgend eine besondere Behandlung stattfindet. Die bloße Suggestion reicht hier oft nicht aus und kann die Heilung verzögern. Man wolle ferner nicht versäumen, auch in der Zwischenzeit sich öfter mit dem Kranken beeinflussend zu beschäftigen, da hierdurch die Autorität des Arztes nach und nach erhöht wird. Die Behandlung der Suggestion durch Hypnose ist in geeigneten Fällen eine außerordentlich dankbare und es wäre zu wünschen, wenn dieselbe mehr gepflegt würde. Immerhin wird es wohl nur einen gewissen Prozentsatz von Ärzten geben, welche gute Erfolge mit dieser Behandlung aufzuweisen haben werden, da es nicht jedermanns Sache ist, durch persönlichen Ein-

fluß die oben erwähnten Erfolge zu erreichen. In solcher Lage ist es dringend Sache des einzelnen Arztes, die möglichst rasche Aufnahme des Verletzten in eine Heilanstalt zu veranlassen.

Man wolle nicht vergessen, daß der unfallverletzte Arbeiter ein ganz besonderer Mensch ist und daher auch einer ganz besonderen Behandlung bedarf. Das Allererste und Wichtigste ist, daß man solchen Personen mit Menschlichkeit und Wärme gegenübertritt und sich derselben aufrichtig annimmt. Letzteres ist für ein erfolgversprechendes Heilverfahren von so großer Bedeutung, daß es nicht dringend genug empfohlen werden kann.

Es soll nicht in Abrede gestellt werden, daß es viele sogenannte ältere Fälle gibt, bei denen selbst unter den eben erwähnten Voraussetzungen nichts mehr zu erreichen ist. Doch diese bilden nicht die Regel. Auch der unfallverletzte Arbeiter ist sofort nach dem Unfall fast jedweder ärztlichen Maßnahme zugänglich, wenn man ihm mit aufrichtiger menschlicher Liebe gegenüber tritt. Der einen Unfallverletzten behandelnde Arzt sei daher vor allem recht wohlwollend und menschlich gesinnt und scheue keine Mühe. Ist der Arzt hierauf bedacht, so ist ihm ein schöner Erfolg sicher.

Man muß dem Verletzten auch oft die Sorgen abnehmen, die er für die Familie hat. Dazu gehören in erster Linie schleunige Berichte an die Versicherungsträger behufs sofortiger Auszahlung der Krankenrenten oder von Vorschüssen an die Familienmitglieder, für welche der Verletzte zu sorgen hat. Es ist keine leichte Sache für einen Arbeiter, sich auf Grund einer Aufforderung der Bg. unter Androhung der Rechtsnachteile in einer außerhalb seines Heimatortes befindlichen Heilanstalt zur Untersuchung und Beobachtung bzw. Behandlung einzufinden, nachdem er Weib und Kinder in Notdurft zurückgelassen. Viele Bg. wissen solche, die Familienangelegenheiten betr. Maßnahmen im Hinblick auf ein Erfolg versprechendes Heilverfahren voll und ganz zu würdigen; recht viele andere Bg. jedoch lassen, wie man täglich erfahren kann, mit der Auszahlung der Entschädigungen an die Familie lange auf sich warten und schädigen sich selbst sowie den Verletzten und seine Familie besonders in den Fällen der traumatischen Neurose.

Nicht unterschätzen soll man ferner eine entsprechende ermunternde Aufklärung und Belehrung den Familienangehörigen gegenüber, z. B. bei Gelegenheit von Besuchen in der Heilanstalt. Eine solche kann nur im Hinblick auf eine etwaige ungünstige Beeinflussung des Verletzten von Nutzen sein.

In einer nicht geringen Zahl von Fällen wird man bei mangelndem objektiven Befunde oft die Erfahrung machen, daß selbst bei bester Behandlung und Pflege nach Angabe des Verletzten ein wesentlicher Erfolg nicht erzielt wird. Hierhin gehören in erster Linie Gehirnerschütterungen und ähnliche körperliche Einwirkungen stumpfer Gewalten, wie Brustkontusionen, (Schädelbasisfrakturen ohne objektiven Befund) u. dgl. In sehr vielen dieser Fälle sind bei mangelndem objektiven Befunde anatomische Folgen sicherlich nicht vorhanden. Doch ist bei Beurteilung dieser Fälle große Vorsicht geboten, da die subjektiven Beschwerden des Verletzten auch oft begründet sind, wie z. B. eine bei uns vor nicht langer Zeit ausgeführte Obduktion eines Verletzten dargetan hat, der für einen Simulanten gehalten worden war, aber erhebliche anatomische Veränderungen an der Dura mater aufwies.

Andererseits wird man oft freilich nicht fehl gehen, wenn man anatomische Folgen ausschließt. Jedoch ist eine genaue Anamense mit genauester Präzisierung der subjektiven Beschwerden allerdings zur Beurteilung unbedingt erforderlich, da man hierdurch häufig die Überzeugung von starken Übertreibungen des Leidens oder gar von Simulation gewinnen wird. Wird bei derartigen Fällen (abgesehen von einer Reihe von Basisfrakturen, welche günstig verlaufen) durch das Heilverfahren ein nennenswerter Erfolg nicht erzielt, und behaupten die Verletzten konstant, ganz und gar erwerbsunfähig zu sein oder nur leichte Arbeit verrichten zu können (sei es, daß z. B. Arbeiten in gebückter Haltung nicht verrichtet werden können, oder daß nur auf ebener Erde gearbeitet werden könne anstatt wie früher auf Gerüsten etc.), so wird man mit aller Entschiedenheit dafür Sorge zu tragen haben, solche Verletzte, wenn tunlich, irgendwie an die Arbeit zu bekommen, und zwar sofort, wenn sie aus der Behandlung entlassen werden, denn ein längeres Nichtstun nach ihrer Entlassung aus der Behandlung kann nur den Müßiggang begünstigen und die psychogenen Vorstellungen bestärken. Dieses Prinzip wird in geeigneten Fällen bei uns am Krankenhause seit Jahren mit recht

befriedigendem Resultate geübt. Die Verletzten werden dann unter Zubilligung einer Übergangsrente zu leichteren Arbeiten entlassen. Man erreicht dadurch doch in den weitaus meisten Fällen, daß die Arbeitslust der Leute wieder gehoben, daß sich dieselben langsam wieder an die Arbeit gewöhnen und ihr Sinnen und Denken auf etwas anderes als Nichtstun und dessen Folgen gerichtet wird. Andererseits wird man durch die Aufnahme, wenn auch leichterer Arbeit später in die Lage versetzt, durch Unterstützung von technischen Beamten und Vertrauensmännern besser die Erwerbsfähigkeit des Verletzten beurteilen zu können. Die nächste Kontrolluntersuchung ergibt dann bereits meistens eine wesentliche Besserung. Es darf nicht unerwähnt bleiben, daß man bei diesen Verfahren nicht selten auf recht große Schwierigkeiten stößt, indem die Verletzten angeben, daß sie eine entsprechende leichte Arbeit nicht finden können. Sicherlich sind diese Angaben oft übertrieben, doch auch in vielen Fällen bestehen sie gewiß zu Recht. Es wäre dringend zu wünschen, daß diesem Übel in Zukunft mehr Abhilfe geschafft würde durch diesbezügliche, neue gesetzliche Bestimmungen. So weit uns bekannt, sorgen die Eisenbahndirektionen, sowie zahlreiche Bg. seit längerer Zeit insofern für ihre Verletzten, indem sie denselben, soweit angängig, in anderen leichten Betrieben Arbeitsgelegenheit verschaffen. Doch durch diese Versicherungsträger wird nur für ein Bruchteil von Arbeitern der Arbeitsnachweis erbracht. Nachdem die in Elsaß-Lothringen und den Nachbarstaaten durchgeführte Zentralisation der Arbeiternachweise sich bewährt hat, nachdem ferner durch die freiwillige Tätigkeit der Städte (Köln) auf diesem Gebiete recht erfreuliche Resultate erzielt worden sind, dürfte es doch wohl an der Zeit sein, durch Gesetz seitens des Reiches bzw. der Staaten den öffentlichen Arbeitsnachweis zu fördern. Damit würde auch eine allmähliche Beseitigung der gewerbsmäßigen Vermittelung von Arbeitsgelegenheit erzielt werden, was dringend im Interesse des arbeitenden Volkes zu wünschen wäre, das durch die gewerbsmäßigen Vermittelungen nicht selten geradezu ausgebeutet wird.

Neuerdings hat das Sächsische Ministerium des Innern in einer Verordnung vom 30. November 1906 darauf hingewiesen, daß die Einrichtung allgemeiner öffentlicher und unparteiischer Arbeitsnachweise gemeinnütziger Art auch im Königreich Sachsen an Verbreitung gewinnen und wenigstens in allen Gemeinden mit mehr als 10000 Einwohnern entweder als obrigkeitliche Maßnahme oder durch gemeinnützige Vereine zur Durchführung gebracht werden müssen.

Es ist kein Zweifel, daß der Arbeitsnachweis wesentlich gefördert werden könnte durch Arbeiterausschüsse, wie sie in ähnlicher Weise, z. B. bei den Knappschaften und anderen großen Betrieben bereits bestehen.

Es ist, wie auch Lossen (Seite 455) mit Recht hervorhebt, zu bedauern, daß so viele praktische Vorschläge meistens nur in fachwissenschaftlichen Blättern niedergelegt und nicht von dem eigentlichen Interessenkreis gelesen werden. Es wäre zu wünschen, wenn die ärztliche Behandlung von Mitgliedern der Arbeiterversicherung mehr als bisher Gemeingut der Ärzte würde.

Es muß doch wahrlich unangenehm berühren wenn Nichtärzte, wie Lohmar, Pieper und Schwank, die Beamte von Bg. sind, auf die vielfache, zurzeit noch bestehende Mangelhaftigkeit des eigentlichen Heilverfahrens hinweisen. Aber diese Beamten haben durchaus recht. Wir wollen es unterlassen, in dieser Hinsicht auf weiteres Material einzugehen. Es könnte nur dazu geeignet sein, ein betrübendes Bild auf viele, früher ausgeführte ärztliche Maßnahmen zu werfen und zeigen, daß nicht selten durch die Mangelhaftigkeit des Heilverfahrens nicht allein den Verletzten selbst und seinen Angehörigen sondern auch den Trägern der Versicherung erheblicher materieller Schaden zugefügt worden ist.

Es kann wohl kaum ausbleiben, daß die Schadenersatzpflicht des Arztes bei der demnächstigen Reform eine besondere Regelung erfahren wird.

Wenngleich die Haftung Dritter, also auch der Ärzte, gemäß § 140 Gew.-G., § 151 lw. G., § 45 Bau-G., § 138 See-G. sich nach den sonstigen gesetzlichen Vorschriften bestimmt, also z. B. die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches entsprechende Anwendungen finden, so wird es doch dringend wünschenswert sein, daß hinsichtlich eines geordneten Geschäftsganges und um den folgenschweren Verschleppungen des Heilverfahrens vorzubeugen, Rechtsnormen aufzustellen sind, die für den Fall eines Verschuldens seitens des Arztes nicht nur Bestimmungen bezüglich einer etwa zu verhängenden Ordnungsstrafe sondern auch solche bezüglich eines entstandenen Schadenersatzanspruches enthalten. Der Erlaß besonderer diesbezüglicher Rechtsnormen ist auch aus dem Grund gerechtfertigt, daß er in vorbeugendem Sinne den Arzt an seine Pflicht erinnert. Andererseits muß es als eine Pflicht angesehen werden, bei der sozialen Haltung der Arbeiterversicherungsgesetze den wirtschaftlich Schwachen durch positive, gesetzliche Bestimmungen auch wirklich voll und ganz zu

schützen, worauf der Verletzte bzw. kraft cessio legis der Bg. einen Anspruch hat. Wenn bislang eine ganze Reihe von Prozessen betreffend Schadenersatzansprüche gegen Ärzte nicht angestrengt worden sind, so beweist das gar nichts. Es ist lediglich Sache des öffentlichen Rechts, daß der wirtschaftlich Schwache zu seinem Recht kommt. Andererseits hätten die Bg. mehr wie genug Gelegenheit gehabt, erfolgreiche diesbezügliche Prozesse anhängig zu machen. Aber bei der bestehenden Organisation haben es Bg., wie uns öfter von Geschäftsführern mitgeteilt worden ist, vermieden, mit der Ärzteschaft in Konflikt zu geraten.

Ein Verschulden des Arztes würde z. B. vorliegen, wenn derselbe offenbar einen Kunstfehler begeht. Bei dem heutigen Stande der Wissenschaft würde auch z. B. darin ein Verschulden zu erblicken sein, wenn der Arzt bei einer Fingerverletzung nicht dafür Sorge trägt, daß durch sachgemäße Behandlung die Funktionsfähigkeit der übrigen, durch den Unfall nicht betroffenen Finger erhalten bleibt. Im übrigen würde von Fall zu Fall zu beurteilen sein, ob ein Verschulden vorliegt oder nicht.

Daß natürlich sehr häufig das Verhalten des Verletzten die Ursache für ein wenig befriedigendes Resultat der Heilbehandlung ist, bedarf keiner näheren Ausführung. Es muß daher verlangt werden können, daß der Verletzte auch seinerseits das Erforderliche tut, um den bestmöglichsten Erfolg hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit zu erzielen. Man kann aber bei den bestehenden Gesetzen nicht behaupten, daß dies der Fall ist.

Die bisherige Rechtsprechung des RVA., daß der Verletzte grundsätzlich in Operationen und Narkose nicht einzuwilligen braucht, dürfte auf die Dauer in ihrem ganzen Umfange wohl nicht haltbar sein. Es ist geradezu ein Jammer, wenn man sieht, daß junge, muskelkräftige Leute eine hohe Rente beziehen, nur aus dem einzigen Grunde, weil sie sich einen einfachen, kleinen operativen Eingriff nicht gefallen zu lassen brauchen. Weshalb sollen in geeigneten Fällen nicht die Narkose oder andere gleichwertige Mittel behufs Anästhesierung anzuwenden sein? Man sollte doch meinen, daß man von einem Mitgliede der Arbeiterversicherung verlangen kann, darin einzuwilligen, worin unter den gegebenen Verhältnissen nach der objektiven Meinung ein Privatkranker einzuwilligen pflegt. Der Zweck der Arbeiterversicherung ist aber durch das Recht des Verletzten, operative Eingriffe und Narkose grundsätzlich verweigern zu können,

teilweise verfehlt. Weshalb willigt jetzt der Verletzte direkt nach dem Unfalle fast ausnahmslos sowohl in die Narkose wie in die Operation ein? Ganz einfach, weil er zuerst noch an eine Wiederherstellung denkt und sich innerhalb der kurzen Zeit nach dem Unfalle noch nicht klar darüber geworden ist, daß er im Falle der Weigerung einer Operation beim Bezug einer hohen Rente durch Nichtstun das Leben hinbringen kann. Sobald der Verletzte sich aber über diesen Punkt klar geworden ist, wird er in den seltensten Fällen zu einer Operation zu bewegen sein.

Welcher Kontrast zwischen der Einwilligung im ersten und der Verweigerung im letzten Fall? Ist etwa ein operativer Eingriff sofort nach einer schweren Verletzung nicht so gefahrvoll als einige Zeit später? Nein, das kann man doch wohl im allgemeinen nicht behaupten; es wird vielmehr im Gegenteil der Verletzte später, wenigstens in sehr vielen Fällen, körperlich besser imstande sein, ohne Lebensgefahr sich einer Operation unterziehen zu können. Trotzdem darf der Verletzte nun jedweden operativen Eingriff, der ärztlicherseits behufs Wiederherstellung der Funktion für unbedingt erforderlich erachtet wird, verweigern. Der Standpunkt, daß der Verletzte allein darüber zu entscheiden hat, ob er sich operieren lassen will oder nicht, ist ganz verfehlt. Es entspricht dieser Standpunkt nicht ganz dem Charakter des öffentlichen Rechts. Es kommt doch wohl in erster Linie alles auf die Wiederherstellung oder wenigstens eine wesentliche Besserung der Arbeitskraft an. Ist eine solche im Einzelfalle nach den gegebenen Verhältnissen, den besonderen Umständen und nach dem gewöhnlichen Laufe der Dinge mit Wahrscheinlichkeit zu erhoffen und würde sich zur Vornahme derselben unter Abwägung aller Umstände ein vernünftiger Mensch entschließen, so sollte der Verletzte nicht allein über eine etwaige Weigerung der Operation zu entscheiden haben. Wenn der Verletzte direkt nach dem Unfalle so vernünftig ist und fast ausnahmslos jeden operativen Eingriff, welcher auf eine Wiederherstellung gerichtet ist, ermöglicht, so sollte im Falle einer späteren Weigerung, die eben dann im vollen Sinne des Wortes als grundlos bezeichnet werden muß, das Gesetz eingreifen, indem es z. B. die für den Verletzten ungünstigen Schlüsse eintreten läßt. Das Motiv, das dieser Weigerung

zugrunde liegt, ist doch weder ein moralisches, ethisches, noch irgendwie im wirklichen Sinne rechtlich begründetes. Es geht nur darauf hinaus, die Wiederherstellung oder eine wesentliche Besserung zu verhindern, um sich auf diese Weise eine hohe Rente zu verschaffen. Nur insofern ist die Weigerung als begründet anzusehen, als dem Verletzten nach den bestehenden Gesetzen formell das Recht zusteht, grundsätzlich in einen operativen Eingriff nicht einzuwilligen. Die Verletzten werden so durch unsere bestehende Rechtsprechung zu Hypochondern, Hysterikern, Querulanten und Tagedieben ausgebildet.

Eine Veränderung dieser bestehenden Verhältnisse herbeizuführen, wird zweifelsohne großen Schwierigkeiten begegnen, aber im Laufe der Zeit wird dieselbe sicherlich eintreten. Die weitere Vervollkommnung der Heilmethoden und der Narkose bzw. der lokalen Anästhesie werden uns diesem Ziele etwas näher bringen. Andererseits wird die Zukunft lehren, ob und inwieweit bei der voraussichtlichen Erweiterung der Begriffe in der Medizin auch eine Erweiterung solcher Begriffe in der Jurisprudenz geeignet ist, neue oder analoge Gesichtspunkte bzw. neue juristische Rechtsverhältnisse entstehen zu lassen, welche es ermöglichen, daß der Verletzte nicht mehr allein über die Frage der Operationsverweigerung entscheiden kann. Könnte nicht etwa auch bei der Arbeiterversicherung die Erklärung des Verletzten bezüglich einer grundlosen Weigerung durch eine anderweitige rechtskräftige Entscheidung ersetzt werden?

Man müßte eigentlich zu dieser Annahme auf Grund einer Entscheidung des Reichsgerichts in Privat-Versicherungsangelegenheiten gelangen. In dem Urteil, wodurch die Entscheidung des Oberlandesgerichts zu Köln bestätigt wird, heißt es unter anderem: „Der Versicherte ist nicht verpflichtet, sich einer von der Gesellschaft angeordneten Operation auch dann zu unterziehen, wenn deren Erfolg in einem gewissen Maße unsicher und deren Vornahme nach den besonderen individuellen Umständen mit größeren Gefahren verknüpft ist. Eine Verbindlichkeit des Versicherten, sich operieren zu lassen, ist nur dann begründet, wenn ein vernünftiger Mensch unter Abwägung aller Umstände auch ohne rechtliche Bindung sich zur Vornahme der Operation entschließen würde.“

Es möge hier nur ein Beispiel erwähnt sein, das einen Verletzten betrifft, der mit einer ausgedehnten eitrigen

Sehnenscheidenentzündung der Hand im hiesigen Krankenhause der Barmherzigen Brüder aufgenommen wurde und jeden operativen Eingriff verweigerte. Ein solcher Fall allein beweist, daß die häufige Verweigerung von operativen Eingriffen seitens der Verletzten geradezu skandalös ist und unserer jetzigen Rechtsprechung und dem Gefühle eines nur einigermaßen vernünftig denkenden Menschen Hohn spricht: Der ideale Gedanke, der den Arbeiterversicherungsgesetzen zugrunde liegt, nämlich die Arbeitskraft des Volkes möglichst zu erhalten, wird durch unsere bisherige Rechtsprechung bezüglich der Verweigerung von operativen Eingriffen seitens der Verletzten wahrlich nicht unterstützt!

Wir können nicht einsehen, weshalb der § 254 des Bürgerlichen Gesetzbuches, der das eigene Verschulden des Verletzten behandelt, nicht auch in der Arbeiterversicherung Anwendung finden soll. Der § 254 lautet:

> „Hat bei der Entstehung des Schadens ein Verschulden des Beschädigten mitgewirkt, so hängt die Verpflichtung zum Ersatze sowie der Umfang des zu leistenden Ersatzes von den Umständen, insbesondere davon ab, inwieweit der Schaden vorwiegend von dem einen oder von dem anderen Teile verursacht worden ist."

Bei Crome[1]) heißt es:

„Zu einer Verursachung von seiten des Verletzten wird auch gerechnet, wenn er es unterlassen hat, den Nachteil abzuwenden oder zu mindern. Demgemäß wird der Dritte ganz oder gar nicht resp. teilweise je nach den vom Richter zu berücksichtigenden Umständen des Falles für den Erfolg verantwortlich gemacht."

Daß unter diesem Gesichtspunkt besonders streitig ist, ob der Verletzte sich behufs Wiederherstellung bzw. Herbeiführung einer wesentlichen Besserung einer Operation zu unterziehen habe, ist bekannt. Immerhin dürfte die Rechtsprechung des Reichsgerichts in Fällen der Verweigerung einer Operation in Privatversicherungsangelegenheiten den für die Folge unhaltbaren Anschauungen in der Arbeiterversicherung die Wege ebnen.

Es ist daher ernstlich zu erwägen, ob nicht de lege ferenda dem willkürlichen und grundlosen Handeln des Verletzten in der öffentlichen Versicherung alsbald ein Ende gemacht werden soll.

---

[1]) Crome, System des Bürgerl. Rechts, I. Teil. S. 495.



Es ist in der öffentlich-rechtlichen Versicherung, meinen wir, keine Konsequenz, wenn einerseits dem Verletzten und seinen Hinterbliebenen ein Anspruch bei vorsätzlicher Herbeiführung des Unfalles nicht zusteht (Gew.-G. § 8, Abs. II, lw. G. § 7, Abs. II), andererseits bei vorsätzlicher Unterlassung der Abwendung oder Minderung des Nachteils (Weigerung der Operation) der Anspruch des Verletzten bestehen bleibt.

(Hinsichtlich der Bedeutung von „Verschulden“, „Vorsatz“, „Fahrlässigkeit“, „Absicht“, „vorauszusehen in der Lage war“ siehe Crome a. a. O., S. 496/97.)

III. Einiges zur Reform.

Über die Reform der drei großen Versicherungsgesetze herrscht im allgemeinen insofern Übereinstimmung, als die Vereinfachung der bestehenden Gesetze notwendig geworden und auch von den gesetzgebenden Faktoren, der Regierung wie der Volksvertretung anerkannt worden ist.

Die Ansichten über die eigentliche Reform gehen weit auseinander. Die einen z. B. fordern eine Verschmelzung aller drei Versicherungszweige zu einem geschlossenen Ganzen: Freund,[1] v. Frankenberg,[2] Rob. Schmidt,[3] Lohmar;[4] die anderen sind Gegner einer solchen Verschmelzung und wollen nur eine Vereinigung unter Aufrechterhaltung der Versicherungsanstalt und der Berufsgenossenschaften: Boediker,[5] Düttmann,[6] v. Jagwitz,[7] Sayffaerth,[8] Mayet.[9]

---

[1]) Richard Freund, Die Verschmelzung der Krankenversicherung mit der Invalidenversicherung. Soz. Pr., Jahrg. XII, Nr. 22.

[2]) v. Frankenberg, Ganze oder halbe Reform, Soz. Pr., Jahrg. XIII, Nr. 48.

[3]) Rob. Schmidt, Eine einheitliche Arbeiterversicherung. Sozialistische Monatshefte, Bd. I, H. 6. 1906, S. 469 ff.

[4]) Paul Lohmar, Über Reform und Vereinheitlichung unserer Arbeiterversicherung. Köln 1905.

[5]) Boediker, Vereinfachung der Arbeiterversicherung. Schmollers Jahrbücher, Jahrg. XXX, H. 1, S. 1 ff.

[6]) Düttmann, Umbau der Arbeiterversicherung, Arbeiterversorgung. Jahrgang XXL, H. 17—19.

[7]) v. Jagwitz, Die Vereinheitlichung der Arbeiterversicherung. Berlin 1906. Verlag von A. W. Hayns Erben.

[8]) Sayffaerth, Die deutsche Arbeiterversicherung in Zukunft. Medizin. Reform, Jahrg. XIV, Nr. 8.

[9]) P. Mayet, Umbau und Weiterbildung der sozialen Versicherung. Medizin. Reform, Jahrg. XIV, Nr. 10.

Es kann hier nicht auf das einzelne eingegangen werden und wird auf die reichhaltige Literatur bzw. auf die untenstehenden Schriften der genannten Autoren verwiesen.

Wir möchten kurz betonen, daß es schwer ist, sich im Prinzip der einen oder der anderen dieser beiden Richtungen anzuschließen. Jedenfalls aber kann man sagen, daß die bisherige sozialpolitische Gesetzgebung lediglich ein Erzeugnis der historischen Entwicklung ist, daß es aber nunmehr im Interesse einer Reform der bestehenden Gesetze heißt, mit manchen überkommenen Traditionen brechen, wie sehr man zum Teil auch an ihnen hängen mag. Man könnte allerdings zweifelhaft sein, ob die Vereinheitlichung schrittweise vorzunehmen sei oder nicht. Wir möchten uns hier der Ansicht von Mugdan[1]) anschließen (der ein schrittweises Vorgehen empfiehlt), und zwar nicht nur aus den von diesem Autor vertretenen Gründen — es sei auf die betreffende Schrift verwiesen —, sondern weil im Interesse der tadellosen Funktion eines so gewaltigen Apparates noch zu viele Vorbereitungen geschehen müssen, welche auch durch ein noch so vollkommenes Gesetz nicht ohne weiteres erledigt werden können.

Die Berufsgenossenschaften haben im allgemeinen, wie allseitig anerkannt wird, von den Versicherungsträgern am besten funktioniert.

Diese Tatsache wird demnächst bei der Reform zu einer eingehenden Beurteilung insofern Anlaß zu geben haben, ob oder inwieweit die Berufsgenossenschaften im Prinzip zu erhalten sind oder nicht.

Unsere Ansicht geht dahin, daß man das, was man besitzt, sich so lange erhalten soll, als man objektiv nichts Besseres an seine Stelle setzen kann. Letzteres kann man nicht von der Kranken- bzw. Invalidenversicherung, wohl aber von der Unfallversicherung sagen. Anders verhält sich die Frage, inwieweit die Berufsgenossenschaften zu erhalten sind. Soweit das Heilverfahren, das einzig und allein die Basis für das ganze weitere Verfahren ist, in Betracht kommt, ist es unerläßlich, die bisherigen Wirkungskreise zu ändern und unter die Leitung von Berufsbeamten mit möglichst weitgehenden und selbständigen Befugnissen (Reichs- oder Staatsbeamte, daneben Kontrollbeamte) zu

[1]) Otto Mugdan, Zur Reform der Arbeiterversicherung. Zeitschr. f. Sozialwissenschaft, 1906, H. 3 u. 4.

stellen, denen nicht nur die Vorbereitung und Feststellung der Entschädigung sondern auch die Maßnahmen für das Heilverfahren obliegen und die in ständiger Fühlung mit den behandelnden Ärzten stehen. Zu letzterem Behufe wäre es erforderlich, daß die künftigen Wirkungskreise höchstens den Umfang eines preußischen Stadt- oder Landkreises erreichen dürfen.

Rumpf[1]) empfiehlt behufs Herstellung eines engeren Konnexes zwischen den Krankenkassen einerseits, den Berufsgenossenschaften und der Invalidenversicherung andererseits die Schaffung einer amtlichen Stelle (Versicherungsamt, Agenturen), in welcher alle Meldungen von Krankheit zusammenlaufen und auf ihre Beziehungen zur Unfall- und Invalidenversicherung geprüft werden. An der amtlichen Stelle soll ein Arzt tätig sein und ihm die Prüfung der ärztlichen Angelegenheiten etc. übertragen werden. Die bestehenden Betriebs- und Krankenkassen sollen von Unfällen möglichst sofort und telephonisch dem Versicherungsamt oder der Agentur Mitteilung machen. Auf Grund dieser Mitteilungen über Unfälle sollen dann die Ermittelungen (auch über Gewerbeschutz etc.) stattfinden, die Ergebnisse derselben den interessierten Behörden schleunigst mitgeteilt werden.

Die Einrichtung einer solchen amtlichen Stelle wäre in der Tat eine einfache Form des von Sayffaerth geforderten Unterbaues der Gesamtversicherung. Die Verminderung der Zahl der Krankenkassen sowie der Berufsgenossenschaften (letztere durch Verschmelzung gleichartiger Betriebe) dürfte, wie Rumpf hervorhebt, wünschenswert sein. Es ist weiter nicht zu verkennen, daß nach den Vorschlägen von Rumpf die bisherige mangelhafte Mitteilung von Anzeigen, Untersuchungen und vor allem eine notwendige Kontrolle wesentlich gefördert werden könnte. Rumpf ist der Ansicht, daß die Schaffung der in seinem Sinne gedachten Versicherungsämter, als Institute der drei Versicherungen, eine Basis darstelle, auf welcher in der Verknüpfung weiter gegangen werden könnte, während die bewährte Selbstverwaltung in seitheriger Weise erhalten würde.

Schwanck (S. 20) betont, daß das Heilverfahren aller Krankenkassen für dieselben nur ein vorübergehendes Interesse habe und infolgedessen das sich anschließende Heilverfahren der Berufsgenossenschaft nachteilig beeinflußt, sehr häufig schwer geschädigt

---

[1]) Th. Rumpf, Zur Reform der sozialen Gesetzgebung. Soziale Medizin und Hygiene, Bd. II, 1907, S. 61 ff.



und oft gänzlich gelähmt werde. Er fordert daher behufs Beseitigung dieser Übelstände, daß den Berufsgenossenschaften und Krankenkassen gesetzlich die Pflicht auferlegt werde, das Heilverfahren von Anfang an gemeinschaftlich, d. h. durch eine zwischen den Trägern der Kranken- und Unfall-Versicherung bestehende organische Verbindung nämlich eine Verwaltungsgemeinschaft durchzuführen.

Es ist keine Frage, daß man mit Hilfe der Verwaltungsgemeinschaft nach Schwank einer sachgemäßen Abwickelung des Heilverfahrens wesentlich näher kommt. Dieser Autor läßt die jetzigen Versicherungsträger nebst ihren Organisationen an sich bestehen. Um aber ein einheitliches Organ für das Heilverfahren der großen Versicherungszweige zu schaffen, schlägt er die Bildung je eines Verbandes der im Bezirk einer Landes-Versicherungsanstalt ansässigen Krankenkassen, sowie der in einem solchen Bezirk ansässigen Berufsgenossenschaften (Sektionen) und sonstigen Versicherungsträger vor. Die einzelnen Verbände sollen dann den Gesamtverband bilden, dessen Organe (eine Mitgliederversammlung, Ausschuß und ein Vorstand) die Verhältnisse der Verbände statutarisch regeln (S. 100/101). Wir müssen sagen, daß in der Bildung solcher Verbände bzw. des Gesamtverbandes ein System liegt, das Ordnung und Wandel in dem bestehenden, durchaus mangelhaften Heilverfahren herbeizuführen vermag. Da die einzelnen Verbände nach Schwanck den Bezirk einer jetzigen Landes-Versicherungsanstalt umfassen sollen, die neu gebildeten Versicherungsämter nach Rumpf dagegen etwa den Umfang eines jetzigen Kreises ausmachen, so dürfte eine zweckentsprechende Vereinigung dieser beiden neuen Ideen nicht allein für den wichtigsten Punkt und die alleinige Basis der Unfallversicherung, das Heilverfahren, von außerordentlicher Bedeutung sein, sondern auch für den Gesamtbetrieb der Arbeiterversicherung in Betracht kommen. Die neu zu schaffenden Organe müssen durchaus selbständig sein. Eine Angliederung derselben an andere Behörden, z. B. an Landratsämter, ist schon allein wegen des ungeheuren Arbeitsfeldes, das sich auch auf Arbeitsnachweis, sowie sämtliche die Fürsorgebestrebungen betreffenden Maßnahmen u. dgl. zu erstrecken hat, zu verwerfen.

Wenngleich die Ansicht dieser Autoren — es wird im einzelnen auf die betr. Schrift verwiesen — voll und ganz anerkannt werden muß, so will es uns doch scheinen, als ob die bei Rumpf, wie auch bei Schwanck berücksichtigte Ausbildung der Ärzte zu wenig in den Vordergrund getreten sei.

Wir stehen auf dem Standpunkte, daß alle Reformideen und Bestrebungen, die auf eine Umwälzung der Organisation der Arbeiterversicherung hinzielen, nicht den praktischen Wert besitzen, wie eine zunächst von Grund aus vorzunehmende Änderung hinsichtlich der Vorbildung der praktischen Ärzte. Ohne eine solche Änderung hat die vollkommenste Reform nur einen halben Wert; denn was nützt es, wenn der einzelne, der zur Mitarbeit an dem großen, erhabenen Werke berufen ist, seine Stelle nicht voll und ganz ausführen kann?

Der praktische Arzt aber ist nach wie vor zur Übernahme der ersten Maßnahmen berufen und ein gewisses Können, nicht allein hinsichtlich der selbständigen Behandlung, sondern auch in der sofortigen Beurteilung über die weiteren Maßnahmen (Überweisung etc.) muß unbedingt verlangt werden können.

Die nicht genügende Ausbildung der Ärzte wird seit Jahren nicht nur von Ärzten, sondern auch von den Versicherungsträgern betont. Doch es bleibt immer beim Alten. Die bisherige Art und Weise des Heilverfahrens in der Arbeiterversicherung erfordert daher *sobald als möglich eine Änderung der Prüfungsbestimmungen im erwähnten Sinne.*

Behufs einheitlicher Regelung des Heilverfahrens in Arbeiterversicherungssachen bzw. einer diesbezüglichen Änderung der Prüfungsvorschriften für praktische Ärzte ist es nach unserer Ansicht wünschenswert, daß außer dem schon vorhandenen Material bei den Berufsgenossenschaften noch gutachtliche Äußerungen von bekannten Autoren auf dem Gebiete der Unfallheilkunde, namentlich der Chirurgen und inneren Mediziner an Unfallkrankenhäusern, welche unter Aufsicht des Reiches stehen, eingeholt werden. Wir sind überzeugt, daß dann eine von Grund aus vorzunehmende Reform der bestehenden Prüfungsbestimmungen für praktische Ärzte wohl kaum noch eine Aufschiebung wird erfahren können. Im einzelnen sei kurz erwähnt, daß die behandelnden Ärzte mit den einschlägigen, modernen Heilfaktoren besser vertraut sein müssen; ebenso ist es bei der demnächstigen Vergrößerung des Kreises der Versicherten unbedingt erforderlich, daß bei den Ärzten ein größeres Interesse bezüglich der Arbeiterversicherungs-Gesetzgebung erweckt wird, was aber nur durch Errichtung von Lehrstühlen für Soziale Medizin sowie durch geeignete Maßnahmen von berufener Seite geschehen kann, z. B. Ärztliche Vereine, medizinische

Gesellschaften, Komitees für das ärztliche Fortbildungswesen, fachwissenschaftliche Zeitschriften u. dgl.

Für die Beurteilung dieser letzteren Gesichtspunkte sei kurz hervorgehoben, daß an hiesiger Universität von seiten der Medizinstudierenden dem Fache der Sozialen Medizin ein sehr großes Interesse entgegengebracht wird und daß die von Th. Rumpf ins Leben gerufenen Vortragsabende aus dem Gebiete der Sozialen Medizin, an denen Juristen, Verwaltungsbeamte, Beamte von Berufsgenossenschaften neben Medizinern Vorträge mit nachfolgender Diskussion halten, sich einer außerordentlich regen Beteiligung und sehr großen Interesses erfreuen.

Die bisherige Teilnahme seitens der Ärzte in Angelegenheiten der Reform bezog sich hauptsächlich nur auf die Organisation der Gesetze (freie Arztwahl, Honorarfrage, Schaffung von Schiedsgerichten bei Streitigkeiten mit den Kassen usw.), weniger auf engere Frage der Verschmelzung u. dgl.

In beredten Worten hat auf dem deutschen Ärztetag in Halle der Vorsitzende, Löbker-Bochum, darauf hingewiesen, daß die gesamten Ärzte sich noch viel zu wenig mit den Vorgängen auf sozialem Gebiete beschäftigten. Er sieht es als eine Pflicht des einzelnen Arztes an, seine Erfahrungen in den Dienst des allgemeinen Volkswohls zu stellen, und fordert weiter, daß der Mediziner möglichst frühzeitig in das Studium der Sozialen Medizin eingeführt werde.

In ähnlicher Weise heißt es am Schluß des Referates von Pfeiffer-Weimar: „Die in den Thesen gegebenen Grundsätze für die Mitarbeit der Ärzte an der Abänderung der drei großen Versicherungsgesetze verlangen eine stärkere Beteiligung der Ärzte an der sozialen Gesetzgebung, besonders nach der Richtung hin, daß in Zukunft eine auf Erfahrung gestützte ärztliche Kritik rechtzeitig an den vielen neuen Fürsorgebestrebungen zur Geltung kommen kann.“

Auch Lennhoff[1]) hat in einem Vortrage über „Ärztliche Wünsche zur Reform der Arbeiterversicherung“ mit Recht bemerkt, daß eine Stellungnahme der Ärzte zu der Frage des Umbaues der Arbeiterversicherung in größerem Umfange als bisher dringend wünschenswert sei, zumal der Arzt nicht nur als medizinischer Berater der Versicherten, sondern auch als Sachverständiger der Ver-

[1]) Lennhoff, Vortrag, gehalten in der Gesellschaft für Soziale Medizin. Medizin. Reform, Jahrg. XIV, Nr. 6.



sicherungskörperschaften umfassend und ständig an der praktischen Durchführung der Gesetze mitarbeite und dabei eine Fülle von Erfahrungen sammle.

Die bisherigen Wünsche und Forderungen der Ärzte sind zum Teil auf dem 34. deutschen Ärztetag in Halle a./S. am 22. und 23. VI. 06 erörtert und wird auf die betr. Verhandlungen verwiesen (Extr.-Nr. Juli III Ärztliches Vereinsblatt für Deutschland 35. Jahrg.).

Die Einführung der Sozialen Medizin und zwar als obligatorisches Prüfungsfach scheint uns daher unerläßlich. Denn nur so steht zu erwarten, daß sich die demnächstigen jüngeren Ärzte eine Kenntnis der Arbeiterversicherungsgesetze in der erforderlichen Weise aneignen. Wenngleich in Preußen sozusagen sämtliche Universitäten sich gegen die Errichtung von Lehrstühlen für Soziale Medizin ausgesprochen haben, so unterliegt es doch keinem Zweifel, daß man — wie Löbker auf dem Ärztetag in Halle a./S. treffend bemerkt hat — sich der Errichtung dieser Lehrstühle für die Folge ebensowenig verschließen kann, wie es seinerzeit für die Hygiene der Fall war. Es wird daher aufs dringendste verlangt, daß an sämtlichen Universitäten seitens des Kultusministeriums Lehrstühle für Soziale Medizin errichtet werden für den Fall, daß sich die medizinischen Fakultäten auch für die Folge in dieser Hinsicht ablehnend verhalten sollten. Man sollte doch meinen, daß die bei Errichtung von neuen Lehrstühlen so oft im Wege stehenden persönlichen Interessen im vorliegenden Falle, wo es sich um das Wohl so vieler Millionen Menschen handelt, an zuständiger Stelle keinerlei Beachtung verdienen. Es kommt doch kein persönliches Interesse einzelner Personen in Betracht, sondern nur das öffentliche Interesse, das öffentliche Recht, das öffentliche Wohl unserer Mitmenschen.

Daß die Soziale Medizin ihre volle Berechtigung als besonderes Lehrfach hat, dürfte Rumpf[1]) zur Genüge dargetan haben.

Es mögen nur noch verschiedene Einzelheiten erwähnt sein: Die Bg. sind lediglich darauf angewiesen, ihre Unfallverletzten nach Möglichkeit in Behandlung derjenigen Ärzte zu geben, von denen sie eine im oben erwähnten Sinne rasche Erledigung des Heilverfahrens erwarten können. Diese Erwartung ist aber lediglich eine Vertrauenssache. Die Bg. stehen nicht selten machtlos da, sobald das Verfahren dadurch eine Verzögerung erleidet, daß der erst-

---

[1]) Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1906 Nr. 24, 1907 Nr. 1.



behandelnde Arzt den Fundbericht nicht oder nicht rechtzeitig bzw. nicht unverzüglich einsendet. Gesetzliche Bestimmungen betr. die Folgen einer nicht rechtzeitigen Mitteilung des Fundberichtes oder Bestimmungen im Falle der Weigerung seitens des Arztes nach erfolgloser Aufforderung durch die Bg. zur Abgabe von Erklärungen, bestehen eben nicht, und solange letzteres der Fall ist, sind in der Tat die Versicherungsträger auf die Güte der Ärzte angewiesen, es sei denn, daß im einzelnen ein genau festgesetztes vertragliches Verhältnis besteht oder daß weitere Bestimmungen des bürgerlichen Rechtes, z. B. Dienstvertrag usw., in Betracht kommen. Wenngleich ein solches Verhalten (beharrliches Nichtbeantworten von Ersuchen seitens einer Bg.) eines Arztes als standeswidrig zu betrachten und dementsprechend zu ahnden ist (Beschluß des Ehrengerichtshofs vom 15. V. 03 M. Bl. III 357), so bleibt einstweilen in solchen Fällen nichts anderes übrig, als den betr. Arzt gerichtlich als Sachverständigen (ev. auch als Zeugen) vernehmen zu lassen. Siehe hierüber Rek.-Entscheidung des RVA. vom 2. VIII. 05.

Es muß unter allen Umständen die unverzügliche (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) Einsendung des Fundberichtes verlangt werden. Dieselbe ist von so immenser Bedeutung für das Heilverfahren und für die demnächstige Festsetzung der Entschädigung, daß hierüber bei der Reform der Gesetze ausführliche Rechtsnormen zu erlassen sind. Es kann unseres Erachtens nur dadurch Ordnung geschaffen werden, daß einerseits im prophylaktischen Sinne Strafbestimmungen zu erlassen sind, andererseits der Arzt zum Ersatze des Schadens verpflichtet ist, welcher durch die nicht unverzügliche Mitteilung des Fundberichtes verursacht wird. Diese Vorschrift wäre in Unfallversicherungsangelegenheiten strikt zur Durchführung zu bringen, Den beamteten Ärzten, also den Kreisärzten, würde aufzugeben sein, dafür Sorge zu tragen, daß die fraglichen Bestimmungen den sämtlichen, auch den neu sich niederlassenden Ärzten ihres Bezirks, auf vorschriftsmäßigem Wege zugestellt würden. Damit wäre im Einzelfalle dem Einwande einer Exkulpation seitens eines Arztes vorgebeugt. Vielleicht würde es sich außerdem empfehlen, bei Ersuchen an Ärzte behufs Untersuchung und Erstattung eines Fundberichtes einheitliche Formulare zu benutzen, in denen die Ärzte, unter Androhung einer Ordnungsstrafe und der ev. weiteren privatrechtlichen Folgen im Nichtbefolgungsfalle auf die unverzügliche Einsendung des Fundberichtes anzuhalten sind, ähnlich wie solche Vorschriften bei Zeugen- oder Sachverständigen-Ladungen vor die

ordentlichen Gerichte bestehen. Mit dieser Änderung würde zum Teil der heute so schwer empfundene Übelstand beseitigt, der darin besteht, daß die Verbindung zwischen den Bg., Krankenkassen und Ärzten eine zu lockere ist.

Mit einigen Worten wollen wir noch die ärztliche Begutachtung streifen. Es soll nicht in Abrede gestellt werden, daß gewiß sehr viele ärztliche Gutachten den sämtlichen an sie gestellten Anforderungen gerecht werden und sehr sorgfältig angefertigt sind. Bei zahlreichen Gutachten ist dieses aber nicht der Fall. Es würde zu weit führen, wollte man genauer darauf eingehen. Meistens sind es die Atteste der erstbehandelnden, der praktischen Ärzte, die den gewünschten Anforderungen der Versicherungsträger oft in keiner oder nur in mangelhafter Weise genügen. Es ist daher auch nicht zu verwundern, wenn von den Bg. immer und immer wieder auf diese Schäden aufmerksam gemacht wird. (Pieper a. a. O. S. 34—35. Lohmar a. a. O., Schwanck S. 15.)

Man kann, glauben wir, getrost sagen, daß die meisten praktischen Ärzte nach bestandener Prüfung sich zur Ausübung ihres Berufes niederlassen, ohne vorher Gelegenheit zur Anfertigung ärztlicher Atteste im Unfallangelegenheiten gehabt zu haben. Es ist dies ein Übelstand, der dringend der Abhilfe bedarf.

Es muß daher in Zukunft gefordert werden, daß die ärztlichen Prüfungsbestimmungen eine Abänderung dahin erfahren, daß der Kandidat der Medizin gehalten ist, bei dem Gesuche um Zulassung zur ärztlichen Staatsprüfung den Nachweis darüber zu liefern, daß er außer einem Zeugnisse über die Erlangung der erforderlichen Kenntnisse bezüglich der bei öffentlichen Versicherungen vorkommenden einschlägigen modernen Heilfaktoren, wenigstens zwei bis drei mit einem ausreichenden Prädikate versehene ärztliche Gutachten — sei es über innere, sei es über chirurgische Krankheitsfälle — vorlegt.

In den Vorschriften für die erste juristische Staatsprüfung bestehen solche ähnliche Bestimmungen schon längst, obwohl dort die Bedeutung dieser Bestimmung im Vergleich zur Medizin eine untergeordnete Rolle spielt, indem nach absolvierter erster juristischer Staatsprüfung eine weitere vierjährige praktische Ausbildung als Referendar in Preußen folgt. Man könnte vielleicht einwenden, daß die Medizinalpraktikantenzeit für die Übung zur Anfertigung von ärztlichen Attesten auszuersehen sei. Dieses halten wir nicht für richtig. Es geht nicht an, einem Medizinalpraktikanten alles

Mögliche noch aufbürden zu wollen. Wir halten es für das Richtige, wenn die oben zitierte Bestimmung während der Studienzeit zu einer obligatorischen und ev. der Sozialen Medizin angegliedert wird. Wir möchten noch betonen, daß durch diese erwähnte Bestimmung in keiner Weise eine Mehrbelastung der Arbeitstätigkeit der Studierenden hervorgerufen wird, was daraus geschlossen werden muß, daß fast sämtliche vor der Staatsprüfung stehende Hörer der Sozialen Medizin an hiesiger Universität freiwillig ärztliche Atteste angefertigt haben, welche von Th. Rumpf mit den Kandidaten eingehend durchgesprochen und zensiert wurden. Und selbst bei einer erheblichen Belastung für die Studierenden dürfte in Zukunft bei der außerordentlichen Wichtigkeit dieses Gegenstandes und dem zugrunde liegenden öffentlichen Interesse von einem Verzicht auf erwähnte Bestimmung keine Rede sein.

Zum Schluß wollen wir nicht verfehlen, noch kurz auf die Vertrauensärzte bei den Schiedsgerichten sowie auf das unter Zuziehung derselben stattfindende schiedsgerichtliche Verfahren zurückzukommen.

Nach § 8 des Gesetzes betr. Abänderung des Unfallversicherungsgesetzes vom 30. VI. 1900 sind die Vertrauensärzte bei den Schiedsgerichten nur „in der Regel" und „nach Bedarf" zuzuziehen. Es ist leicht erklärlich, daß die Schiedsgerichte in sehr vielen Fällen ohne Zuziehung von Sachverständigen wohl kaum eine Entscheidung werden treffen können. Es sollen aber die Vertrauensärzte keineswegs als Gegengutachter gegenüber den von den Bg. beauftragten Ärzten angesehen werden, sondern dieselben sollen eine unparteiische Stellung haben.

In der Praxis wird es häufig so gehalten, daß die Schiedsgerichte nach einem einzigen Termine auf Grund des Gutachtens des zugezogenen Sachverständigen zu einer endgültigen Entscheidung gelangen, und zwar in Fällen, in denen der behandelnde Arzt ein Gutachten in entgegengesetztem Sinne erstattet hat und zwar auf Grund wochen- ja monatelanger Behandlung, Beobachtung und häufiger eingehender Untersuchungen.

Ein solches Verfahren, nämlich über den Kopf des erstbehandelnden Arztes hinaus eine Entscheidung in grundverschiedenem Sinne zu treffen, dürfte nicht als sachlich und einwandsfrei zu betrachten sein.

Es ist ein Unding, daß durch eine einmalige, auch noch so genaue Untersuchung seitens des Vertrauensarztes ein in gleichem

Maße ausführliches, genaues und sachliches Gutachten erstattet werden kann wie auf Grund wochen- oder monatelanger Behandlung, Beobachtung und eingehender Untersuchungen seitens des behandelnden Arztes, zumal wenn letzterer noch als eine Autorität in seinem Fache gilt.

Beim Vorliegen erwähnter oder ähnlicher Fälle dürfte es daher ratsam sein, daß die Schiedsgerichte nicht eher eine endgültige Entscheidung herbeiführen, als bis der behandelnde Arzt gehört ist.

Diese Ansicht entspricht nicht allein dem Gefühle der Billigkeit, sondern sie ist auch in mehreren Rek.-Entsch. des RVA. 2001, 2002 vom 20. VI. 03, A.-N. 1903, S. 472/473 zum Ausdruck gebracht.

Danach gilt die Vorschrift des § 75, Abs. 1, Satz 1 des lw. G. bzw. § 69, Abs. 1, Satz 1 des Gew.-G., daß, wenn man auf Grund eines ärztlichen Gutachtens die Bewilligung einer Entschädigung abgelehnt oder nur eine Teilrente festgestellt werden soll, der behandelnde Arzt zu hören ist, nicht nur für das Bescheidsverfahren sondern auch für die Rechtsmittelinstanzen. Das RVA. geht noch weiter, indem es genannte Vorschrift als eine allgemeine, das gesamte Feststellungsverfahren beherrschende und deshalb auch von den Rechtsmittelinstanzen zu beachtende kennzeichnet.

Es hat also das Schiedsgericht auf Grund sorgfältiger Prüfung des Einzelfalles (RE. 2002) zu erwägen, ob es die Sache an die Bg. zurückverweisen oder seinerseits den behandelnden Arzt hören will.

Die Frage bedarf wegen ihrer außerordentlich großen sachlichen Bedeutung, sowie auch um Unzweckmäßigkeiten, Zwistigkeiten der Ärzte u. dgl. zu verhüten, einer einheitlichen Regelung. (Siehe solche sachliche Erwägungen, die für die Einführung der fraglichen Vorschrift — § 75 — bestimmend waren: Verhandlungen des Reichstages — Drucksachen des Reichstages, 10. Legislaturperiode, I. Session 1898/1900, Stenographische Berichte, S. 5334 ff.)

Der Einfluß der sozialen Versicherungsgesetzgebung auf die Entwicklung des Krankenhauswesens.

Von Dr. med. A. Grotjahn, Berlin.

Die Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung auf obligatorischer Grundlage ist erst wenige Jahrzehnte alt. Trotzdem hat sie auf die Versorgung der Kranken, Verunglückten und Invaliden des größten Teiles der Bevölkerung einen bedeutenden Einfluß gehabt, der auch auf das Krankenhauswesen sehr fördernd eingewirkt hat. Es empfiehlt sich, diesem Einfluß, der voraussichtlich in Zukunft noch steigen wird, bei den drei großen Versicherungskörperschaften getrennt nachzugehen.

I.

Infolge ihrer dezentralisierten Organisation hat die Krankenversicherung es zwar weniger wie die Unfallversicherung mit ihren Unfallkrankenhäusern oder gar die Invalidenversicherung mit ihren Anstalten zur vorbeugenden Heilbehandlung zu eigenen Schöpfungen im Krankenhauswesen gebracht, dafür aber um so nachhaltiger das allgemeine Krankenanstaltswesen gefördert und mehr als andere beteiligte Faktoren zu dessen Aufblühen beigetragen. Die Krankenhauspflege ist der doch im allgemeinen nicht der Armenpflege unterstehenden Arbeiterbevölkerung überhaupt erst durch die Krankenkassen zugänglich gemacht worden. Die Verbringung in ein Krankenhaus ist zurzeit anerkanntermaßen für ein Krankenkassenmitglied jedesmal am Platze, wenn die Genesung oder Besserung weniger von der Anwendung einfacher Arzneimittel

als von der Loslösung aus einem dem Heilungsprozesse ungünstigen sozialen Milieu abhängt oder operative Eingriffe und komplizierte Kurmethoden angewandt werden müssen, die nur einer mit allen technischen Hilfsmitteln ausgerüsteten Anstalt zur Verfügung stehen. Die Entwicklung der medizinischen Anschauungen geht dahin, die Vorbedingungen für eine Verbringung in ein Krankenhaus schon früher und weit häufiger als gegeben anzusehen, als das in früherer Zeit mit der damals beliebten Bevorzugung der Arzneimittel in der Behandlung der inneren und dem arglosen Operieren von äußeren Krankheiten in der Wohnung des Patienten der Fall war.

Die mit der Verfeinerung der mechanischen Methoden einhergehende Spezialisierung der Medizin und die gegen früher vollständig verschiedene Wertung der physikalischen Heilmethoden macht diesen Gesichtspunkt ohne weiteres verständlich. Wenn dieses schon ganz im allgemeinen gilt, um wie viel mehr ist es dann im besonderen erforderlich, die der arbeitenden Klasse angehörigen Patienten einem Krankenhause zu überantworten. Zu den Krankheiten, die auch beim Wohlhabenden nach dem Stande unserer gegenwärtigen medizinischen Ansichten unbedingt Krankenhausaufenthalt erfordern, gesellen sich beim versicherten Arbeiter noch jene krankhaften Zustände, die durch Mangel an Pflege, Beengung in den Wohnungsverhältnissen und Infektionsgefahr für die Familienmitglieder erst verhängnisvoll werden. Es ist das Verdienst einer bereits in den Anfängen der Krankenkassengesetzgebung erschienenen Schrift von R. Thomalla,[1]) für die Verbringung der Krankenkassenmitglieder in eine Anstalt ganz bestimmte Indikationen aufgestellt und alle jene Krankheiten aufgeführt zu haben, die in der Wohnung der Erkrankten mit gutem Erfolge nur bei Wohlhabenden oder wenigstens dem Mittelstande angehörigen Kranken behandelt werden können, beim Krankenkassenmitglied aber unbedingt die Verbringung in das Krankenhaus nötig machen.

Der Einfluß des Krankenversicherungsgesetzes auf die Entwicklung des Krankenhauswesens beruht auf dem § 7 dieses Gesetzes, Abs. I, der in der Fassung der Novelle vom 10. April 1892 lautet:

---

[1]) Thomalla, R., Über die Behandlung erkrankter Kassenmitglieder. Für Ärzte, Krankenkassenvorstände, Arbeitgeber und Arbeitnehmer, 1894.

An Stelle der im § 6 vorgeschriebenen Leistungen kann freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhause gewährt werden, und zwar

I. 1. für diejenigen, welche verheiratet sind, oder eine eigene Haushaltung haben, oder Mitglieder der Haushaltung ihrer Familie sind, mit ihrer Zustimmung, oder unabhängig von derselben, wenn die Art der Krankheit Anforderungen an die Behandlung oder Verpflegung stellt, welchen in der Familie des Erkrankten nicht genügt werden kann, oder wenn die Krankheit eine ansteckende ist, oder wenn der Erkrankte wiederholt den auf Grund des § 6a Abs. 2 erlassenen Vorschriften zuwider gehandelt hat, oder wenn dessen Zustand oder Verhalten eine fortgesetzte Beobachtung erfordert;

2. für sonstige Erkrankte unbedingt.

II. Hat der in einem Krankenhause Untergebrachte Angehörige, deren Unterhalt er bisher aus seinem Arbeitsverdienst bestritten hat, so ist neben der freien Kur und Verpflegung die Hälfte des im § 6 als Krankengeld festgesetzten Betrages für die Angehörigen zu zahlen. Die Zahlung kann unmittelbar an die Angehörigen erfolgen.

Die wichtigsten Bestimmungen dieses Paragraphen bedürfen wegen ihrer Eindeutigkeit keines Kommentars. Einige vom Gesetzgeber nebensächlich behandelte, aber in der Tat nicht ganz gleichgültige Punkte verdienen jedoch eine nähere Erläuterung. Dazu gehört zunächst die Frage: wer verfügt über die Gewährung des Krankenhausaufenthaltes? Dem Gesetze nach ohne Zweifel der Krankenkassenvorstand und nicht der Arzt, wie in der Regel angenommen wird. Verständlich wird diese Bestimmung nur dadurch, daß man sich vergegenwärtigt, daß zur Zeit der Ausarbeitung des Gesetzes und auch wohl bis in die unmittelbare Gegenwart hinein die Verbringung in ein Krankenhaus nicht nur als eine medizinisch zu rechtfertigende Maßregel sondern mehr noch als ein Disziplinarmittel des Kassenvorstandes gegenüber der Simulation oder der Übertreibung verdächtigen Kassenmitgliedern betrachtet wurde. Dieser Anschauung ist auch zuzuschreiben, daß nach dem Gesetze die Wahl der Anstaltspflege nur dem Kassenvorstande, nicht aber dem Versicherten zusteht und daß letzterer jeden Anspruch auf Unterstützung verliert, wenn er sich ohne zureichenden Grund weigert, auf die Verfügung des Kassenvorstandes in ein Krankenhaus zu gehen. Eine derartige Spekulation auf die Furcht der Mitglieder vor dem Krankenhause erinnert an Zustände, wie sie glücklicherweise der Vergangenheit des Hospitalwesens angehören. Sie ist bei aufgeklärten Arbeitern durch die Umgestaltung der Krankenhauspflege in den letzten Jahrzehnten obsolet geworden und wird also bei fortschreitender Vervollkommnung der Anstalten ein von Jahr zu Jahr untauglicheres Disziplinarmittel werden.

Andererseits wird aber auch das Verhältnis der Bevölkerung zum Krankenhaus dadurch beeinträchtigt, daß die hie und da infolge traditioneller Vorurteile noch bestehende Scheu vor dem Krankenhause zu Verwaltungszwecken ausgenutzt wird. Die Fassung des § 7 Abschnitt II ermuntert hierzu, indem er die Krankenkassenverwaltung ermächtigt, den Patienten einem Krankenhause zu überweisen, wenn der Erkrankte wiederholt den auf Grund des § 6 Abschnitt II erlassenen Vorschriften zuwider gehandelt hat. Da der Krankenhausaufenthalt in keinem Falle den Charakter einer Strafe haben sollte, dürfte eine Änderung dieser Bestimmung wünschenswert sein, zumal es ja an anderweitigen Strafmitteln nicht fehlt.

Zu beklagen ist ferner, daß in unserem Krankenversicherungsgesetz dem Versicherten kein Recht auf Krankenhausbehandlung gesetzlich eingeräumt worden ist. Diese Unterlassung war in der Zeit, in der das Gesetz erlassen wurde, verständlich, weil damals Krankenhäuser wohl schwerlich in ausreichendem Maße vorhanden waren. Nachdem gegenwärtig auch die kleineren Städte mit solchen ausgerüstet worden sind und auch die Transportverhältnisse sich ganz außerordentlich gebessert haben, liegt kein Grund mehr vor, den versicherten Krankenkassenmitgliedern einen rechtlichen Anspruch auf Krankenhausaufenthalt zu versagen. Einem Mißbrauch dieser Berechtigung seitens der Versicherten kann ja leicht durch das Beibringen eines ärztlichen Attestes vorgebeugt werden, wie ja denn überhaupt der Arzt auch de jure, nicht nur wie heute fast überall de facto die Instanz für die Entscheidung der Krankenhausbedürftigkeit des Versicherten sein sollte. Von Wichtigkeit für die Einbürgerung der Krankenhausbehandlung unter den Versicherten ist ferner der § 21 des Krankenversicherungsgesetzes, der bestimmt:

Eine Erhöhung und Erweiterung der Leistungen der Ortskrankenkassen ist in folgendem Umfange zulässig:

1. Die Dauer der Krankenunterstützung kann auf einen längeren Zeitraum als 26 Wochen bis zu einem Jahre festgesetzt werden.
2. Neben freier Kur und Verpflegung in einem Krankenhause kann, falls der Untergebrachte Angehörige hat, deren Unterhalt bisher aus seinem Arbeitsverdienste bestritten wurde, ein Krankengeld bis zur Hälfte des durchschnittlichen Tagelohnes bewilligt werden.
3. Neben freier Kur und Verpflegung in einem Krankenhause kann Krankengeld bis zu einem Viertel des durchschnittlichen Tagelohnes auch solchen bewilligt werden, welche nicht den Unterhalt von Angehörigen aus ihrem Lohne bestritten haben.

3a. Für die Dauer eines Jahres von Beendigung der Krankenunterstützung ab kann Fürsorge für Rekonvaleszenten, namentlich auch Unterbringung in einer Rekonvaleszentenanstalt gewährt werden.

Diese Bestimmungen haben wesentlich dazu beigetragen, den Krankenhausaufenthalt bei der Arbeiterbevölkerung populär zu machen. Denn die Trennung von der Familie wird durch die Gewährung des Krankengeldes an diese erheblich erleichtert. In den Großstädten, wo die früher bestehende Furcht vor dem Krankenhause am ehesten geschwunden ist, tritt gegenwärtig sogar schon das Bestreben zutage, bei geringfügigen Leiden den Arzt um Überweisung in ein Krankenhaus zu ersuchen.

Da die Krankenkassen in der Regel zu klein sind, um eigene Rekonvaleszenten- oder Krankenanstalten bauen und betreiben zu können, hat das Gesetz im § 46 den Zusammenschluß mehrerer Krankenkassen zu diesem Zwecke vorgesehen:

Sämtliche oder mehrere Krankenversicherungen und Ortskrankenkassen innerhalb des Bezirks einer Aufsichtsbehörde können durch übereinstimmende Beschlüsse der beteiligten Kassen sich zu einem Verbande vereinigen zum Zweck:

der Anlage und des Betriebes gemeinsamer Anstalten zur Heilung und Verpflegung erkrankter Mitglieder, sowie zur Fürsorge für Rekonvaleszenten.

In der Tat haben es im Verlaufe der weiteren Entwicklung nur zu einem Verbande zusammengetretene Krankenkassen oder verschmolzene Zentralkassen zu eigenen Neugründungen von Kranken- und Rekonvaleszentenhäusern gebracht.

In welchem Umfang die Krankenkassen die allgemeinen und

	Gem.-Krv.	Orts-Krk.	Betr.-Krk.	Bau-Krk.	Inn.-Krk.	Eing. H.-K.	Ldsr. H.-K.	Alle Kassenarten
	Absolute Zahlen in 1000 M.							
1892	1834,0	5 219,6	2221,1	151,9	197,8	733,6	67,0	10 425,0
1893	2066,3	5 947,6	2385,1	177,0	233,2	708,4	51,4	11 569,0
1894	2050,8	6 145,5	2444,4	190,1	270,1	713,9	54,0	11 868,8
1895	2315,1	6 427,1	2594,5	167,4	312,2	736,2	51,6	12 604,1
1896	2479,0	6 861,9	2938,6	118,9	338,4	780,3	57,9	13 575,0
1897	2591,0	7 514,0	3346,2	93,8	393,2	810,3	56,3	14 804,8
1898	2604,4	8 024,9	3745,7	89,3	440,7	888,3	59,0	15 852,3
1899	2850,8	9 049,5	4389,0	77,9	498,8	989,5	28,3	17 883,8
1900	2836,2	10 042,7	4899,9	93,1	598,8	1106,8	30,3	19 607,8
1901	3033,3	10 695,0	4977,3	68,3	694,8	1139,5	33,0	20 641,2
1902	3106,7	11 087,0	5107,4	87,5	759,3	1160,1	35,0	21 343,0
1903	3284,7	12 504,6	5579,4	114,6	882,4	1257,9	35,2	23 658,8
1904	3751,5	14 938,8	6497,1	133,4	1041,6	1295,0	36,9	27 694,3

privaten Anstalten in Anspruch nehmen, erhellen am besten die von Jahr zu Jahr steigenden Aufwendungen, die sie für Krankenhauspflege machen.

Die Krankenkassen verausgabten nach den Zusammenstellungen des Kaiserlichen Statistischen Amtes [1]) an Kur- und Verpflegungskosten in Krankenhäusern: (s. Tabelle auf S. 337.)

Die Aufwendungen für Krankenhauspflege haben sich also innerhalb dieser 13 Jahre absolut genommen fast verdreifacht. Da es sich in den meisten Fällen aber um Patienten handelt, die ohne den Rückhalt an der Kasse das Krankenhaus schwerlich aufgesucht haben würden, so ist diese Zunahme für die Entwicklung des Krankenhauswesens ein reiner Gewinn, der dadurch nicht beeinträchtigt wird, daß die relative Zunahme, berechnet unter Berücksichtigung der Verallgemeinerung des Kassenzwanges, nicht ganz so hoch ist.

	Gem.-Krv.	Orts-Krk.	Betr.-Krk.	Bau-Krk.	Inn.-Krk.	Eing. H.-K.	Ldsr. H.-K.	Alle Kassenarten	Bei sämtl. Kassen gegen 1892 in %	Krankheitskosten überhaupt auf 1 Mitglied
	Auf 1 Mitglied entfielen Mark									
1892	1,55	1,74	1,27	5,11	2,59	0,92	0,51	1,50	—	13,55
1893	1,67	1,84	1,34	5,68	2,58	1,07	0,82	1,63	+ 8,7	14,35
1894	1,64	1,85	1,32	5,96	2,68	1,08	0,90	1,63	+ 8,7	13,67
1895	1,80	1,86	1,36	6,30	2,72	1,10	0,85	1,67	+ 11,3	13,93
1896	1,85	1,88	1,44	4,83	2,56	1,12	0,97	1,71	+ 14,0	13,81
1897	1,89	1,95	1,55	4,70	2,70	1,11	0,96	1,78	+ 18,7	14,45
1898	1,85	1,97	1,64	4,94	2,77	1,16	1,03	1,81	+ 20,7	14,60
1899	1,99	2,11	1,83	3,95	2,94	1,23	0,63	1,95	+ 30,0	15,87
1900	1,97	2,25	1,96	4,56	3,17	1,31	0,66	2,06	+ 37,3	16,58
1901	2,07	2,35	1,99	4,33	3,41	1,32	0,73	2,14	+ 42,7	16,94
1902	2,09	2,36	2,05	5,57	3,49	1,29	0,79	2,16	+ 44,0	17,02
1903	2,19	2,51	2,17	6,96	3,82	1,42	0,85	2,31	+ 54,0	17,69
1904	2,48	2,80	2,41	5,87	4,18	1,52	0,99	2,59	+ 72,7	19,97

Betrachten wir die einzelnen Kassenarten, so zeigt sich bei einer Vergleichung, die hier natürlich nur nach Maßgabe der relativen Zahlen vorgenommen werden kann, daß bei den umfassenden Gemeindekrankenkassen, Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen und eingeschriebenen Hilfskrankenkassen die Steigerung der Leistungen für die Krankenhausbehandlung sich ziemlich gleichmäßig vollzieht.

[1]) Statistik des Deutschen Reiches. Neue Folge, Bd. 170. Statistik der Krankenversicherung im Jahre 1904. Berlin, Puttkammer und Mühlbrecht, 1907.

Welche Rolle die Verpflegungskosten im Verhältnis zu den übrigen Arten der Krankheitskosten spielen, geht aus folgender Tabelle hervor:

Jahr	Von je 100 M. der Krankheitskosten kommen auf						
	Arzt	Arznei und sonstige Heilmittel	Krankengeld	Fürsorge für Rekonvaleszenten	Unterstützung an Wöchnerinnen	Sterbegeld	Verpflegungskosten an Anstalten
1888	20,34	16,16	47,11	—	1,32	4,27	10,80
1889	20,59	16,59	46,30	—	1,29	4,07	11,16
1890	19,97	16,88	47,46	—	1,21	3,90	10,58
1891	20,03	16,70	46,94	—	1,32	3,71	11,30
1892	20,23	17,02	46,63	—	1,29	3,77	11,06
1893	21,01	17,35	44,89	0,04	1,61	3,75	11,35
1894	22,30	17,50	42,78	0,07	1,78	3,65	11,92
1895	22,08	17,30	43,27	0,05	1,74	3,54	12,02
1896	22,61	17,23	42,35	0,07	1,84	3,53	12,37
1897	22,34	17,18	42,93	0,06	1,80	3,40	12,29
1898	22,73	17,19	42,47	0,07	1,83	3,33	12,38
1899	21,96	16,90	43,74	0,07	1,68	3,34	12,31
1900	21,75	16,47	44,31	0,07	1,62	3,36	12,42
1901	21,82	16,03	44,68	0,08	1,60	3,15	12,64
1902	22,35	15,84	44,33	0,08	1,62	3,06	12,72
1903	22,54	15,98	43,75	0,09	1,58	2,98	13,08
1904	22,40	15,02	44,77	0,07	2,00	2,79	12,95

Innerhalb der gesamten Krankheitskosten, die z. B. im Jahre 1900 157 865 000 M. betrugen, nehmen die Aufwendungen für Krankenhauspflege fast den achten Teil in Anspruch, und zieht man die einzelnen Kategorien von Krankenkassen in Betracht, so ergibt sich, daß z. B. für das Jahr 1900 von je 100 M. Krankheitskosten kamen auf:

bei den	Arzt	Arznei und sonstige Heilmittel	Krankengeld	Fürsorge für Rekonvaleszenten	Unterstützung an Wöchnerinnen	Sterbegeld	Verpflegungskosten an Anstalten
Gemeinde-Krankenv.	28,72	18,57	30,22	0,00	0,00	0,01	22,48
Ortskrankenkassen	20,70	16,82	42,99	0,09	1,98	3,18	14,24
Betriebskrankenkassen	22,80	17,19	44,89	0,09	2,04	4,16	8,83
Baukrankenkassen	24,95	10,44	40,89	0,06	0,10	2,31	21,45
Innungskrankenkassen	21,40	13,94	40,03	0,01	0,30	2,99	21,33
Eingeschr. Hilfskassen	17,09	11,08	60,59	0,01	0,11	3,87	7,25
Landesr. Hilfskassen	19,24	17,23	49,80	0,02	0,11	9,40	4,20

Danach würden Gemeinde-, Innungs- und Baukrankenkassen

häufiger als die übrigen Krankenkassen die Krankenhausbehandlung in Anspruch nehmen. Diese Tatsache dürfte sich wohl aus der besonders großen Anzahl lediger Personen erklären, die in jenen Kassen versichert sind.

Staaten und Landesteile	an Kur- und Verpflegungskosten in Krankenanstalten		
	im Jahre 1893	im Jahre 1904	Unterschied
Provinz Ostpreußen	131 671	294 604	+ 162 933
„ Westpreußen	103 355	234 210	+ 130 855
Stadt Berlin	1 211 035	2 631 344	+ 1 420 309
Provinz Brandenburg ohne Berlin	430 618	1 255 847	+ 825 229
„ Pommern	156 247	393 237	+ 236 990
„ Posen	88 051	286 523	+ 198 472
„ Schlesien	589 911	1 451 844	+ 861 933
„ Sachsen	439 639	1 071 847	+ 632 208
„ Schleswig-Holstein	358 062	698 728	+ 340 666
„ Hannover	350 897	977 598	+ 626 701
„ Westfalen	657 419	1 661 606	+ 1 004 187
„ Hessen-Nassau	343 810	963 562	+ 619 752
„ Rheinland	1 315 822	3 473 756	+ 2 157 934
Hohenzollern	9 480	12 305	+ 2 825
Königreich Preußen insgesamt	6 186 017	15 407 011	+ 9 220 994
Bayern rechts des Rheins	1 450 346	3 185 962	+ 1 735 616
Bayrische Pfalz	146 375	268 962	+ 122 587
Königreich Bayern insgesamt	1 596 721	3 454 924	+ 1 858 203
Königreich Sachsen	829 158	2 299 618	+ 1 470 460
„ Württemberg	443 467	984 714	+ 541 247
Baden	786 936	1 662 698	+ 875 762
Hessen	201 669	455 052	+ 253 383
Mecklenburg-Schwerin	47 187	92 244	+ 45 057
Sachsen-Weimar	53 098	169 598	+ 116 500
Mecklenburg-Strelitz	7 872	15 657	+ 7 785
Oldenburg	57 902	122 571	+ 64 669
Braunschweig	135 494	341 649	+ 206 155
Sachsen-Meiningen	20 633	73 132	+ 52 499
Sachsen-Altenburg	31 188	81 245	+ 50 057
Sachsen-Koburg-Gotha	37 399	76 329	+ 38 930
Anhalt	53 917	101 627	+ 47 710
Schwarzburg-Sondershausen	12 242	21 687	+ 9 445
Schwarzburg-Rudolstadt	10 454	27 116	+ 16 662
Waldeck	5 826	9 214	+ 3 388
Reuß älterer Linie	12 141	18 283	+ 6 142
Reuß jüngerer Linie	22 845	62 037	+ 39 192
Schaumburg-Lippe	1 362	2 802	+ 1 440
Lippe	41 189	93 817	+ 52 628
Lübeck	19 812	55 352	+ 35 540
Bremen	93 596	247 937	+ 154 341
Hamburg	623 784	1 033 729	+ 409 945
Elsaß-Lothringen	237 057	784 342	+ 547 285
Deutsches Reich	11 568 966	27 694 385	+ 16 125 419

Ein anschauliches Bild von dem Steigen der Aufwendungen der Krankenkassen für Kur- und Verpflegungskosten in Krankenhäusern, läßt sich dadurch gewinnen, daß man an der Hand der amtlichen Statistik[1]) diese Aufwendungen nach den einzelnen Landesteilen bestimmt und untereinander vergleicht. Wenn auch infolge der geänderten statistischen Berichterstattung dieser Vergleich nur für einen Zeitraum von 11 Jahren angestellt werden kann, so ist doch selbst in dieser kurzen Zeit ein außerordentliches Anwachsen der für die Krankenhausbehandlung aufgewendeten Summen deutlich erkennbar. Im folgenden sollen die Jahre 1893 und 1901 herausgegriffen und miteinander verglichen werden.

Es ergeben sich in: (s. Tabelle auf S. 340.)

Das enorme Wachsen der Aufwendungen im Laufe weniger Jahre ist natürlich in erster Linie dem Umstande zu danken, daß die kassenärztliche Versorgung überhaupt bedeutend an Ausdehnung gewonnen hat. Doch sind die Aufwendungen auch relativ erheblich gestiegen, wie aus folgender Tabelle, die auf Grund des nämlichen amtlichen statistischen Materials zusammengestellt worden ist, hervorgeht. (S. Tabelle auf S. 342.)

Also auch die relative Vermehrung der Kosten für Krankenhausaufenthalt ist bedeutend, und zwar haben die Staaten und Provinzen, die die größte absolute Steigerung dieser Aufwendungen zeigen, auch mit wenigen Ausnahmen die größte Vermehrung der Kopfquote aufzuweisen.

Nicht nur ist aber die Entwicklung des Krankenhauswesens während der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts für die arbeitende Bevölkerung von großem Nutzen gewesen, sondern umgekehrt hat die Zunahme der Versicherten auch das Krankenhauswesen im Sinne einer aufsteigenden Entwicklung beeinflußt.

Vor allem haben die Krankenhäuser immer mehr den Charakter von Armenanstalten verloren, seitdem ein großer Teil der Insassen mit den Rechten von versicherten Personen ausgestattet worden ist. Dann aber auch werden gegenwärtig bedeutend mehr aussichtsvolle und heilbare Fälle in den Krankenhäusern behandelt, so daß nicht mehr wie früher die Anstalten in der Bevölkerung als Sterbehäuser angesehen werden. Dadurch wird die auch gegenwärtig noch bestehende Furcht vor dem Hospital innerhalb der arbeitenden Bevölkerung immer mehr zum Schwinden gebracht.

---

[1]) Statistik des Deutschen Reichs. Hrg. vom Kais. stat. Amt. Neue Folge, Bd. 78, Berlin 1895 und Bd. 147, Berlin 1904.

Es dürfte die Zeit nicht mehr fern sein, wo die Patienten der Überredung oder gar der Androhung des Verlustes der ihnen zustehenden Bezüge nicht mehr bedürfen, um sich in ein Hospital verbringen zu lassen, sondern freiwillig und gern ein solches aufsuchen.

Staaten und Landesteile	Auf ein durchschnittlich vorhanden gewesenes Mitglied an Kur- und Verpflegungskosten				
	im Jahre 1893	im Jahre 1901	im Jahre 1904	Unterschied	
Provinz Ostpreußen	1,24	1,55	1,96	+ 0,31	+ 0,72
„ Westpreußen	1,25	1,58	1,79	+ 0,33	0,54
Stadt Berlin	3,16	3,68	3,79	+ 0,52	0,63
Provinz Brandenburg (ohne B.)	1,18	1,84	2,29	+ 0,66	1,09
„ Pommern	1,29	1,74	2,12	+ 0,55	0,83
„ Posen	1,07	1,49	2,13	+ 0,42	1,06
„ Schlesien	1,18	1,73	2,11	+ 0,55	0,93
„ Sachsen	0,98	1,43	1,65	+ 0,45	0,67
„ Schleswig-Holstein . .	1,89	1,94	2,23	+ 0,05	0,34
„ Hannover	1,40	1,90	2,36	+ 0,50	0,96
„ Westfalen	2,21	2,90	3,44	+ 0,69	1,23
„ Hessen-Nassau . . .	1,55	2,19	2,58	+ 0,64	1,03
„ Rheinland	1,86	2,58	3,07	+ 0,72	1,21
Hohenzollern	1,35	0,97	1,23	— 0,38	— 0,12
Königreich Preußen	1,64	2,21	2,61	+ 0,57	+ 0,97
Bayern rechts des Rheins . .	2,77	3,27	3,95	+ 0,50	1,18
Bayrische Pfalz	1,46	1,45	1,92	— 0,01	+ 0,46
Königreich Bayern	2,56	2,99	3,65	+ 0,43	1,09
Königreich Sachsen	0,91	1,41	1,79	+ 0,50	0,88
„ Württemberg . .	2,01	2,17	2,77	+ 0,16	0,76
Baden	2,41	2,95	3,51	+ 0,54	1,10
Hessen	1,10	1,43	1,76	+ 0,33	0,66
Mecklenburg-Schwerin . . .	1,00	1,12	1,32	+ 0,12	0,32
Sachsen-Weimar	0,88	1,50	2,03	+ 0,62	1,15
Mecklenburg-Strelitz	1,16	1,57	1,63	+ 0,41	0,47
Oldenburg	1,93	2,14	2,63	+ 0,21	+ 0,70
Braunschweig	1,18	1,73	2,26	+ 0,55	1,08
Sachsen-Meiningen	0,65	0,92	1,31	+ 0,27	0,66
Sachsen-Altenburg	0,72	1,07	1,44	+ 0,35	0,72
Sachsen-Koburg-Gotha . . .	0,89	0,85	0,98	— 0,04	+ 0,09
Anhalt	0,98	1,19	1,47	+ 0,21	+ 0,49
Schwarzburg-Sondershausen .	0,82	0,97	1,15	+ 0,15	0,33
Schwarzburg-Rudolstadt . . .	0,62	0,71	1,28	+ 0,09	0,66
Waldeck	1,70	1,17	1,63	— 0,53	— 0,07
Reuß älterer Linie	0,65	0,63	0,83	— 0,02	+ 0,18
Reuß jüngerer Linie	0,78	1,22	1,49	+ 0,44	0,71
Schaumburg-Lippe	0,50	0,63	0,76	+ 0,13	0,26
Lippe	1,42	1,64	2,10	+ 0,22	0,68
Lübeck	1,61	2,03	2,21	+ 0,42	0,60
Bremen	2,50	2,84	3,97	+ 0,34	1,47
Hamburg	2,38	2,63	3,51	+ 0,25	1,13
Elsaß-Lothringen	1,07	1,84	2,43	+ 0,77	1,36
Deutsches Reich	1,63	2,14	2,59	+ 0,51	0,96

Daß die Aufnahme zahlreicher Krankenkassenmitglieder in die allgemeinen Krankenhäuser deren Niveau unverkennbar gehoben hat, lehrt die eigentlich befremdliche Tatsache, daß die Krankenkassen so wenig eigene Krankenhäuser gegründet haben, geradezu als einen Glücksumstand betrachten. Die Krankenkassen haben von der ihnen gesetzlich gewährten Befugnis zur Gründung und Verwaltung eigener Anstalten bisher in einem Grade Gebrauch gemacht, der in keinem Verhältnis zu den ungeheuren Zahlungen an allgemeine Krankenhäuser steht. Das liegt wohl in erster Linie an der weitgehenden Dezentralisation und der damit verbundenen Zersplitterung der finanziellen Kräfte. Namentlich gilt dieses von dem Kern der deutschen Krankenkassen, den Ortskrankenkassen, sowie von den Innungskrankenkassen, am wenigsten von den an Einkünften, Verwaltung und Mitgliederzahl relativ stabilen Knappschafts- und Betriebskrankenkassen. Bei den Orts- und Innungskrankenkassen hat die stete Änderung ihrer inneren Organisation, die Fluktuation ihrer Mitglieder und die damit einhergehende Unsicherheit ihrer finanziellen Basis, endlich aber auch die für den inneren Betrieb wertvolle, für weitergehende Ziele jedoch leicht versagende Selbständigkeit der Kassenvorstände es mit sich gebracht, daß in die Zukunft reichende Maßnahmen, wie es der Bau und Betrieb eigener Krankenhäuser ist, selten ins Auge gefaßt und noch seltener verwirklicht worden sind.

Obwohl die Krankenversicherung der älteste Zweig der sozialen Arbeiterversicherungsgesetzgebung ist, ist sie doch erst wenige Jahrzehnte alt und weder hinsichtlich ihrer Organisation noch ihrer Leistungsfähigkeit so gefestigt, daß sich ihre zukünftige Entwicklung auf Grund der bis jetzt gemachten Erfahrungen mit Zuverlässigkeit voraussagen läßt. Soviel aber kann man mit Bestimmtheit prophezeien: die Beziehungen zum Krankenhauswesen werden in Zukunft noch inniger und mannigfaltiger werden. Wenn die von Jahr zu Jahr dringender werdende Reform der Krankenversicherungsgesetzgebung erst den Kassen eine größere Stabilität gegeben und das Verhältnis zwischen Kassen und Ärzten einer befriedigenden Lösung zugeführt haben wird, dann werden die Krankenkassenverwaltungen auch dem Anstaltswesen eine noch größere Aufmerksamkeit als bisher zuwenden können, zumal ihre Mitglieder immer mehr den Aufenthalt in einer Anstalt beanspruchen dürften. Aber gerade weil diese Entwicklung vorauszusehen ist, muß davor gewarnt werden, daß bei der aus anderen Gründen wünschenswerten größeren Zentralisation, die voraussichtlich die Zukunft den Kranken-

kassen bringen wird, die Kassen in größerem Umfange als bisher eigene Krankenhäuser bauen und in eigener Regie betreiben, da der jetzige Zustand sowohl für das Emporblühen der allgemeinen Krankenhäuser als auch für die Krankenkassen selbst am vorteilhaftesten ist. Gegenwärtig zahlen die Kassen für ihre Mitglieder einen Pflegesatz, der wenigstens in den Großstädten unter dem Selbstkostenpreise der Kommunalverwaltungen bleibt. Es würde ein Fehler sein, wenn die Pflegesätze so weit erhöht würden, daß sie unter allen Umständen die Selbstkosten erreichen würden, weil damit den Kassen ein mächtiger Anreiz gegeben würde, selbst Anstalten zu bauen und so zu einer überflüssigen Zersplitterung im Krankenkassenwesen beizutragen. Damit das Krankenhauswesen seine medizinischen und hygienischen Aufgaben in möglichst vollkommener Weise erfüllen kann, ist es zwar notwendig, daß es sich selbst wieder differenziert und spezialisiert; aber diese Spezialisierung muß eben nach medizinischen Gesichtspunkten und der Art der zu behandelnden Kranken sich vollziehen, nicht aber nach der Art der Organisation, die ein Krankenhaus benötigt. Eine derartige falsche Spezialisierung würde vielmehr die wünschenswerte Differenzierung nach Maßgabe der Erfordernisse bestimmter Krankheiten unmittelbar lähmen.

Die Ausgaben der Krankenkassen für die Krankenhausbehandlung sind zwar groß und wachsen von Tag zu Tag, stehen aber doch in keinem richtigen Verhältnis zu den enormen Ausgaben, die die Kassen noch immer für Arzneimittel und für Behandlung in der ärztlichen Sprechstunde machen. Es drückt sich darin die Überschätzung der medikamentösen Behandlung aus, die häufig dazu führt, daß die Mittel der Krankenkassen für Bagatellsachen übermäßig in Anspruch genommen werden. Demgegenüber muß den Krankenkassenmitgliedern immer mehr zum Bewußtsein kommen, daß Krankenhausbehandlung mit gleichzeitiger Zahlung von Unterstützungsgeldern an die Familie das beste ist, was die Kasse zu leisten vermag. Wenn diese Erkenntnis erst Gemeingut aller Versicherten ist, dann werden die Kassenmitglieder noch mehr als bisher unter den Patienten der Krankenhäuser vorherrschen. Eine künftige Reform der Krankenversicherung sollte die Tendenz zu einer gesteigerten Inanspruchnahme der Anstalten zu unterstützen suchen, während sie die jetzt zur Verschwendung von Mitteln führende, uferlose Gewährung von ärztlicher Behandlung und Arznei bei allen möglichen vorübergehenden Unpäßlichkeiten einzudämmen suchen sollte.

Wenn das Kontingent der Patienten, das das Krankenkassenwesen den Heilanstalten stellt, noch mehr wachsen wird, so wird sich auch der Zustand nicht mehr aufrecht erhalten lassen, daß man die Verwaltungen der Krankenkassen von der Mitverwaltung und Kontrolle der Krankenhäuser ausschließt. Es wäre vielmehr nur gerecht, daß man ihnen an der Verwaltung der Krankenhäuser einen Anteil einräumte, vielleicht in der Form, daß eine Anzahl Vorstandsmitglieder jener Kassen, die dem betreffenden Krankenhause die meisten Patienten zuweisen, in das Kuratorium der Anstalt eintreten. Die Beliebtheit des Hauses bei den Kassenmitgliedern würde dadurch nur zunehmen und zahlreiche Reibungen und Mißhelligkeiten, die gegenwärtig die Popularität der Krankenhäuser mindern, zum Verschwinden gebracht werden.

II.

Die durch Unfälle in gewerblichen Betrieben entstandenen leichten Verletzungen und auch die größeren, bei denen aber nach erfolgter Heilung keine bleibenden Folgen zu gewärtigen sind, fallen noch den Krankenkassen zur Last. Dagegen gewährt das Gewerbeunfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884 mit der Novelle vom 30. Juni 1900 dem Betroffenen 1. die Kosten des Heilverfahrens, soweit nicht die Krankenkassen in Betracht kommen, und 2. die Rente. Für den Einfluß der Unfallversicherung auf das Krankenhauswesen wurde von großer Bedeutung die Bestimmung, nach der statt der Kosten des Heilverfahrens und der Rente, Kur und Verpflegung in einem Krankenhause gewährt werden kann (aber nicht muß).

Der § 22 bestimmt darüber:

„An Stelle der in den §§ 9 und 12 vorgeschriebenen Leistungen kann von der Berufsgenossenschaft freie Kur und Verpflegung in einer Heilanstalt gewährt werden, und zwar:

1. Für Verletzte, welche verheiratet sind oder eine eigene Haushaltung haben oder Mitglieder der Haushaltung ihrer Familie sind, mit ihrer Zustimmung. Der Zustimmung bedarf es nicht, wenn die Art der Verletzung Anforderungen an die Behandlung oder Verpflegung stellt, denen in der Familie nicht genügt werden kann, oder wenn der für den Aufenthaltsort des Verletzten amtlich bestellte Arzt bezeugt, daß Zustand oder Verhalten des Verletzten eine fortgesetzte Beobachtung erfordert.

2. Für sonstige Verletzte in allen Fällen.

3. Für die Zeit der Verpflegung des Verletzten in der Heilanstalt steht

seinen Angehörigen ein Anspruch auf Rente insoweit zu, als sie dieselbe im Falle seines Todes würden beanspruchen können.

4. Die Berufsgenossenschaften sind befugt, auf Grund statutarischer Bestimmungen allgemein, ohne eine solche im Falle der Bedürftigkeit dem in einer Heilanstalt untergebrachten Verletzten sowie seinen Angehörigen eine besondere Unterstützung zu gewähren."

Eine gleichlautende Bestimmung trifft § 8 des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirtschaft vom 5. Mai 1886 in der Fassung der Novelle vom 30. Juni 1900.

Diese Bestimmungen kommentiert C. Thiem[1]) mit folgenden Worten: „Die Anordnungen bezüglich des Heilverfahrens, namentlich das Recht zu wählen, ob an Stelle freier ärztlicher Behandlung und Rente freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhause stattzufinden hat, steht nur der Berufsgenossenschaft zu und ein entsprechender Bescheid verpflichtet den Verletzten hierzu. Weigerung in ein Krankenhaus oder in ein mediko-mechanisches Institut zu gehen und unerlaubtes Verlassen desselben erlauben der Berufsgenossenschaft, entweder die Rentenzahlung, solange die Weigerung besteht, ganz einzustellen, oder den für den Verletzten ungünstigsten Schluß zu ziehen, also die Rente so weit herabzusetzen, als dies nach vernünftigen Erwägungen bei geeignetem Heilverfahren voraussichtlich zulässig gewesen wäre. Zeitweilige Entlassung eines Verletzten aus dem Krankenhause ist gerechtfertigt, kann also vom Verletzten verlangt werden zur Zeit der Entbidung der Ehefrau usw."

Besonders günstig hat der § 76c der Novelle zum Krankenversicherungsgesetz gewirkt, durch den die Berufsgenossenschaften ermächtigt werden, das Heilverfahren schon vor Ablauf der ersten 13 Wochen zu übernehmen.

Die Organe des Unfallversicherungswesens, die Berufsgenossenschaften, haben in der Folge denn auch große Aufwendungen für Krankenhauspflege der Unfallkranken machen müssen. Das erhellen folgende Tabellen, in denen an der Hand der amtlichen Nachweise über die Rechnungsergebnisse der Berufsgenossenschaften[2]) die Aufwendungen aus dem Jahre 1902 mit denen aus dem Jahre 1888, dem am weitesten zurückliegenden Jahre, aus dem die Daten einen Vergleich gestatten, zusammengestellt worden sind. Es bezahlten:

---

[1]) Thiem, C., Spezielle Krankenversorgung für Arbeiter in Betriebsunfällen. Handb. d. Krankenversorg. u. Krankenpflege, Bd. 2, Abt. 2, 1899, S. 28.

[2]) Herausg. vom Reichsversicherungsamte in Berlin.



die Berufsgenossenschaften	an Kur- und Verpflegungskosten in Krankenhäusern		
	im Jahre 1888	im Jahre 1905	Unterschied
A. Gewerbliche Berufsgenossenschaften.			
Knappschafts-B.-G.	95 774	776 432	+ 680 658
Steinbruchs-B.-G.	17 667	167 464	+ 149 797
B.-G. der Feinmechanik	1 694	28 820	+ 27 126
Süddeutsche Eisen- und Stahl-B.-G.	5 194	72 139	+ 66 945
Südwestdeutsche Eisen-B.-G.	5 469	53 058	+ 47 589
Rheinisch-Westfälische Hütten- und Walzwerks-B.-G.	22 878	110 294	+ 87 416
Maschinenbau- und Kleineisenindustrie-B.-G.	10 603	78 193	+ 67 590
Sächs.-Thüring. Eisen- und Stahl-B.-G.	4 725	45 518	+ 40 793
Nordöstliche Eisen- und Stahl-B.-G.	5 745	38 694	+ 32 949
Nordwestliche Eisen- und Stahl-B.-G.	5 965	60 220	+ 54 255
Süddeutsche Edel- u. Unedelmetall-B.-G.	328	10 550	+ 10 222
Schlesische Eisen- und Stahl-B.-G.	7 809	54 125	+ 46 316
Norddeutsche Metall-B.-G.	1 921	18 491	+ 16 570
B.-G. der Musikinstrumentenindustrie	200	2 245	+ 2 045
Glas-B.-G.	2 085	17 146	+ 15 061
Töpferei-B.-G.	169	9 872	+ 9 703
Ziegelei-B.-G.	11 266	121 481	+ 110 215
B.-G. der chemischen Industrie	12 423	88 076	+ 75 653
B.-G. der Gas- und Wasserwerke	1 589	12 333	+ 10 744
Leinen-B.-G.	768	7 638	+ 6 870
Norddeutsche Textil-B.-G.	2 262	17 239	+ 14 977
Süddeutsche Textil-B.-G.	2 381	15 795	+ 13 414
Schlesische Textil-B.-G.	225	8 866	+ 8 641
Textil-B.-G. von Elsaß-Lothringen	86	4 729	+ 4 643
Rheinisch-Westfälische Textil-B.-G.	3 622	11 264	+ 7 642
Sächsische Textil-B.-G.	3 181	12 804	+ 9 623
Seiden-B.-G.	585	4 778	+ 4 193
Papiermacher-B.-G.	8 649	48 610	+ 39 961
Papierverarbeitungs-B.-G.	1 736	8 338	+ 6 602
Lederindustrie-B.-G.	1 618	16 037	+ 14 419
Sächsische Holz-B.-G.	420	8 675	+ 8 255
Norddeutsche Holz-B.-G.	8 030	160 287	+ 152 257
Bayrische Holz-B.-G.	416	6 312	+ 5 896
Südwestdeutsche Holz-B.-G.	1 104	15 455	+ 14 351
Müllerei-B.-G.	10 771	54 529	+ 43 758
Nahrungsmittelindustrie-B.-G.	2 740	20 354	+ 17 614
Zucker-B.-G.	1 356	25 760	+ 24 404
B.-G. der Molkerei- und Brennerei- und Stärkeindustrie	2 931	14 250	+ 11 319
Brauerei- und Mälzerei-B.-G.	17 177	87 334	+ 70 157
Tabak-B.-G.	39	2 601	+ 2 562
Bekleidungsindustrie-B.-G.	1 034	10 549	+ 9 515
B.-G. der Schornsteinfegermeister des Deutschen Reiches	1 465	3 602	+ 2 137
Hamburger Baugewerks-B.-G.	6 722	18 804	+ 12 082
Nordöstliche Baugewerks-B.-G.	9 118	84 466	+ 75 348
Schlesisch-Posensche Baugewerks-B.-G.	3 950	37 155	+ 33 205
Hannoversche Baugewerks-B.-G.	3 198	32 385	+ 29 187
Magdeburger Baugewerks-B.-G.	2 755	13 400	+ 10 645

die Berufsgenossenschaften	an Kur- und Verpflegungskosten in Krankenhäusern		
	im Jahre 1888	im Jahre 1905	Unterschied
Sächsische Baugewerks-B.-G.	7 415	47 006	+ 39 591
Thüringische Baugewerks-B.-G. . . .	1 414	12 308	+ 10 894
Hessen-Nassauische Baugewerks-B.-G.	4 215	38 352	+ 34 137
Rheinisch-Westfälische Baugewerks-B.-G.	10 788	93 352	+ 82 564
Württembergische Baugewerks-B.-G. .	2 308	18 047	+ 15 739
Bayrische Baugewerks-B.-G.	7 522	48 895	+ 41 373
Südwestliche Baugewerks-B.-G. . . .	5 884	44 850	+ 38 966
Deutsche Buchdrucker-B.-G.	—	7 221	+ 7 221
Privatbahn-B.-G.	3 534	10 264	+ 6 730
Straßen- und Kleinbahn-B.-G. . . .	2 757	27 030	+ 24 273
Lagerei-B.-G.	8 962	119 936	+ 110 974
Fuhrwerks-B.-G.	13 494	100 788	+ 87 294
Westdeutsche Binnenschiffahrts-B.-G. .	2 463	9 837	+ 7 374
See-B.-G.	991	24 020	+ 23 029
Tiefbau-B.-G.	9 699	160 245	+ 150 546
Fleischerei-B.-G.	—	24 713	+ 24 713
Schmiede-B.-G.	—	19 465	+ 19 465
Elbschiffahrts-B.-G.	1 764	18 828	+ 17 064
Ostdeutsche Binnenschiffahrts-B.-G. .	910	5 814	+ 4 904

B. Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften.

Ostpreußische landwirtschaftl. B.-G. .	9	52 568	
Westpreußische landw. B.-G.	33	41 913	
Brandenburgische landw. B.-G. . . .	365	52 767	
Pommersche landw. u. forstw. B.-G. .	—	43 242	
Posensche landw. B.-G.	—	57 187	
Schlesische landw. B.-G.	191	60 454	
Landw. B.-G. f. die Provinz Sachsen	11	45 397	
Schleswig-Holsteinsche landw. B.-G. .	54	29 126	
Hannoversche landw. B.-G.	382	32 290	
Westfälische landw. B.-G.	—	32 840	
Hessen-Nassauische landw. B.-G. . .	—	24 766	
Rheinische landw. B.-G.	—	94 749	
Oberbayrische landw. u. forstw. B.-G.	—	28 051	
Niederbayrische landw. u. forstw. B.-G.	—	13 837	
Pfälzische landw. u. forstw. B.-G. . .	—	9 880	
Oberpfälzische landw. u. forstw. B.-G.	—	17 027	
Oberfränkische landw. u. forstw. B.-G.	—	8 250	
Mittelfränkische landw. u. forstw. B.-G.	—	13 797	
Unterfränkische landw. u. forstw. B.-G.	—	12 143	
Schwäbische landw. u. forstw. B.-G. .	—	13 900	
Landw. u. forstw. B.-G. für das Königreich Sachsen	—	61 657	
Landw. B.-G. für den Neckarkreis. .	—	17 812	
Landw. B.-G. für den Schwarzwaldkreis	—	5 186	
Landw. B.-G für den Jagstkreis . .	—	6 728	
Landw. B.-G. für den Donaukreis . .	—	13 679	
Badische landw. B.-G.	—	25 317	
Land- u. forstw. B.-G. f. d. Grh. Hessen	—	44 919	
Landw. B.-G. f. Mecklenburg-Schwerin	77	13 868	
Weimarische landw. B.-G.	269	3 234	

die Berufsgenossenschaften	an Kur- und Verpflegungskosten in Krankenhäusern		
	im Jahre 1888	im Jahre 1905	Unterschied
Mecklenburg-Strelitzsche landw. und forstw. B.-G.	—	3 879	
B.-G. Oldenburger Landwirte	—	9 874	
Braunschweigische landw. B.-G.	—	9 295	
Meininger land- u. forstw. B.-G.	—	4 292	
Altenburgische landw. B.-G.	—	2 698	
Coburgische land- u. forstw. B.-G.	—	662	
Gothaische land- u. forstw. B.-G.	—	2 554	
Anhaltische land- u. forstw. B.-G.	—	3 686	
Rudolstädtische land- u. forstw. B.-G.	—	1 296	
Schwarzb.-Sondershausensche ldw. B.-G.	—	1 646	
Land- u. forstw. B.-G. f. d. Fürstent. Reuß ä. L.	—	915	
Land- u. forstw. B.-G. f. d. Fürstent. Reuß j. L.	—	1 682	
Schaumburg-Lippesche landw. B.-G.	—	102	
Lippesche land- u. forstw. B.-G.	—	1 107	
B.-G. der Bremischen Landwirte	—	—	
Hamburgische landw. B.-G.	—	1 408	
Landw. B.-G. Unter-Elsaß	—	25 819	
Landw. B.-G. Ober-Elsaß	—	7 551	
Landw. B.-G. Lothringen	—	16 129	
Gewerbliche Berufsgenossenschaften	395 963	3 348 138	+ 2 952 175
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften	1 391	971 179	+ 969 788
Sämtliche Berufsgenossenschaften des Deutschen Reiches	397 354	4 319 317	+ 3 921 963

Diese enormen Aufwendungen der Berufsgenossenschaften, die von Jahr zu Jahr steigen, sind zum bei weitem größeren Teile den allgemeinen Krankenhäusern und hier wieder vornehmlich den chirurgischen Abteilungen zugute gekommen. Der Aufschwung, den die praktische Chirurgie in den letzten Jahrzehnten in Deutschland in einer vom Auslande beneideten Weise genommen hat, wird sicher außer den wissenschaftlichen und technischen Leistungen der modernen Chirurgie auch der geregelten Versorgung der verunglückten Arbeiter verdankt, die das soziale Unfallversicherungswesen, das an die Stelle der älteren, durchaus unzulänglichen Haftpflicht getreten ist, inauguriert hat. Die regelmäßigen Einkünfte, die die allgemeinen Krankenhäuser in steigendem Maße durch die Überweisung von Unfallkranken genießen, haben zahlreiche Anstalten in Provinzial- und Kreisstädten veranlaßt, eigene chirurgische

Stationen einzurichten und spezialistisch geschulte Chirurgen mit deren Leitung zu betrauen.

Aber nicht nur durch förderliche Einwirkung auf die allgemeinen Krankenhäuser sondern auch durch Errichtung eigener Anstalten hat die Unfallversicherung der Entwicklung des Krankenhauswesens genützt. Das Interesse, das die Berufsgenossenschaften sowohl an der baldigen Heilung der Unfallverletzten im anatomischen Sinne als auch an der funktionellen Heilung, d. h. der Wiederherstellung der Gebrauchsfähigkeit der verletzten Glieder haben, hat zur Gründung eigener Unfallkrankenhäuser geführt, in denen nach den Grundsätzen der Orthopädie und Neurologie diese funktionelle Heilung angestrebt wird. Da in diese Anstalten aber auch die nicht seltenen Patienten zur Beobachtung eingewiesen werden, die nach Ansicht der Berufsgenossenschaften zu hohe Entschädigungsansprüche stellen, genießen die Unfallkrankenhäuser unter der versicherten Arbeiterschaft, die sie mit dem Namen „Rentenquetschen" zu bezeichnen pflegt, keine besondere Popularität.

Daß die Berufsgenossenschaften das Interesse für die funktionelle Heilung energisch zur Geltung bringen, ist sehr erfreulich. Diese Bestrebungen haben auf die chirurgische Tätigkeit in den allgemeinen Krankenhäusern, die sich früher vielfach gar zu schnell lediglich auf die Heilung im chirurgischen Sinne beschränkte, anfeuernd gewirkt. Ob es aber zweckmäßig ist, die Unfallverletzten in eigenen, den Berufsgenossenschaften gehörenden Anstalten einer Nachbehandlung zu unterziehen, ist eine Frage, die keineswegs ohne weiteres bejaht werden kann. Vielmehr läßt sich mit guten Gründen die Berechtigung eigener Unfallkrankenhäuser bestreiten. Die dort auf Grund der Beobachtung angefertigten ärztlichen Atteste, die für den Rentenbezug der Unfallverletzten natürlich maßgebend sind, führen in den Augen der Versicherten und — das muß offen ausgesprochen werden — auch in den Augen mancher Privatärzte das Odium mit sich, daß sie nicht von unparteiischen und unabhängigen Ärzten, sondern von solchen, die das Interesse der Berufsgenossenschaften pflichtgemäß bis zum Äußersten zu wahren gezwungen sind, ausgehen. Es kommt nicht selten vor, daß die Gutachten der berufsgenossenschaftlichen Ärzte im Gegensatz zu denen stehen, die von den Vertrauensärzten der Versicherten selbst beigebracht werden. Kein Wunder, wenn daher bei allen Beteiligten (außer den Berufsgenossenschaften) das Verlangen nach einer ganz unabhängigen und unbeteiligten Stellung der testierenden

Ärzte laut wird, einem Verlangen, das der Gesetzgeber wohl am besten dadurch erfüllen könnte, wenn er die Begutachtung der Unfallverletzten den Kreis- oder Gerichtsärzten übertrüge. Die eigenen Unfallkrankenhäuser würden dann aber ihren Wert für die Berufsgenossenschaften verlieren.

Dagegen dürfte die Zukunft die Organe der Unfallversicherung wohl vor die Aufgabe stellen, geeignete oder besonders bedürftige Unfallverletzte in Anstaltspflege dauernd unterzubringen. Zwar ist der Versuch, anstatt der Rente dem Unfallgeschädigten den Aufenthalt in einem Versorgungsheim zu bieten, wie er uns später bei der Invalidenversicherung begegnen wird, leider bis jetzt von den Berufsgenossenschaften noch nicht gemacht worden. Doch deutet manches darauf hin, daß dieses in nicht allzu ferner Zeit geschehen wird. Wenigstens ist in dem höchst beachtenswerten Versuch, den der Berliner Verein für Unfallverletzte mit einer Werkstätte für Unfallverletzte unter Leitung von W. Eisner unternommen hat, eine Vorstufe zu erblicken zu Versorgungsheimen für Unfallverletzte, die sich aus eigenen Mitteln nicht erhalten können und die nur noch in begrenzter Weise zu gewinnbringender Arbeit fähig sind.

III.

Im Laufe der Jahre hat sich herausgestellt, daß das ursprünglich am wenigsten beliebte, in der Bevölkerung verächtlich „Klebegesetz" genannte Alters- und Invalidenversicherungsgesetz sich bezüglich Organisation, Wirksamkeit und Beliebtheit bei der arbeitenden Bevölkerung am besten von den drei sozialen Versicherungsgesetzen bewährt hat. Auch auf das Krankenhauswesen ist es, obgleich dieses den Zwecken der Invalidenversicherung auf den ersten Blick recht fern zu liegen scheint, von großem Einfluß gewesen. Während das Krankenversicherungs- und Unfallversicherungsgesetz auf Vermehrung und Ausbau vornehmlich der allgemeinen Krankenhäuser gewirkt haben, ist das Invalidenversicherungsgesetz besonders in seiner Fassung vom 13. Juli 1899 zum Träger einer ganz neuen Art von Krankenfürsorge, der sog. vorbeugenden Anstaltsbehandlung, geworden.

Diese vorbeugende Krankenhausbehandlung ist eng verquickt mit den medizinischen Anschauungen des letzten Jahrzehntes und sie würde wohl kaum eine so große praktische Bedeutung gewonnen

haben, wenn nicht gleichzeitig eine geschickt inszenierte und mit großer Wucht um sich greifende Bewegung besonders die Lungentuberkulose durch rechtzeitiges Verschicken im Anfangsstadium befindlicher Lungenkranker in wirkungsvoller Weise bekämpfen zu können geglaubt hätte.

Das ältere Gesetz über Alters- und Invaliditätsversicherung vom 22. Juli 1889 enthielt in seinem § 12 nur unzureichende Bestimmungen über vorbeugende Krankenhausbehandlung. Das Verdienst auf Grund dieser Bestimmungen zum ersten Male die Behandlung eines Patienten auf Kosten der Landesversicherungsanstalt durchgesetzt zu haben, gebührt J. Pauly in Posen, der Mitte der 90er Jahre die Landesversicherungsanstalt Posen bewog, eine von ihm an beginnender Lungentuberkulose behandelte Patientin in die Weicker'sche Lungenheilstätte in Görbersdorf auf die Dauer von mehreren Monaten zu verschicken, damit ihr Lungenspitzenkatarrh dort ausheile und die für diese vorbeugende Behandlung verausgabte Summe eine frühzeitige Invalidisierung, die beim Unterlassen der Kur unausbleiblich gewesen wäre, erspare. Dem Beispiele Pauly's ist man an zahlreichen anderen Orten gefolgt und unter dem Drucke von übertrieben optimistischen Anschauungen über die Heilbarkeit der Frühtuberkulose haben sich die Landesversicherungsanstalten unter der Führung der von Gebhardt geleiteten hanseatischen Anstalt an die Gewährung dieser vorbeugenden Krankenhausbehandlung gewöhnt, bis endlich die Novelle vom 13. Juli 1899 eine unzeifelhafte rechtliche Grundlage für dieses Verfahren schuf.

Die wichtigsten Bestimmungen des Invalidenversicherungsgesetzes vom 13. Juli 1899, die die vorbeugende Krankenfürsorge betreffen, lauten (Reichsgesetzblatt S. 463):

§ 18.

Ist ein Versicherter dergestalt erkrankt, daß als Folge der Krankheit Erwerbsunfähigkeit zu besorgen ist, welche einen Anspruch auf reichsgesetzliche Invalidenrente begründet, so ist die Versicherungsanstalt befugt, zur Abwendung dieses Nachteils ein Heilverfahren in dem ihr geeignet erscheinenden Umfang eintreten zu lassen.

Die Versicherungsanstalt kann das Heilverfahren durch Unterbringung des Erkrankten in einem Krankenhaus oder in einer Anstalt für Genesende gewähren. Ist der Erkrankte verheiratet, oder hat er eine eigene Haushaltung, oder ist er Mitglied der Haushaltung seiner Familie, so bedarf es hierzu seiner Zustimmung.

Läßt die Versicherungsanstalt ein Heilverfahren eintreten, so gehen bei Versicherten, welche der reichsgesetzlichen oder landesgesetzlichen Krankenfürsorge unterliegen, vom Beginne dieses Heilverfahrens an bis zu dessen Beendigung die Verpflichtungen der Krankenkasse gegen den Versicherten auf die Versicherungsanstalt über. Dieser hat die Krankenkasse Ersatz zu leisten in Höhe desjenigen Krankengeldes, welches der Versicherte von der Krankenkasse für sich beanspruchen konnte.

Während des Heilverfahrens ist für solche Angehörigen des Versicherten, deren Unterhaltung dieser bisher aus seinem Arbeitsverdienste bestritten hat, eine Unterstützung auch dann zu zahlen, wenn der Versicherte der reichs- oder landesgesetzlichen Krankenversorgung nicht unterliegt. Diese Angehörigenunterstützung beträgt, sofern der Versicherte der reichs- oder landesgesetzlichen Krankenfürsorge bis zum Eingreifen der Versicherungsanstalt unterlag, die Hälfte des für ihn während der gesetzlichen Dauer der Krankenunterstützung maßgebend gewesenen Krankengeldes, im übrigen ein Viertel des für den Ort seiner letzten Beschäftigung oder seines letzten Aufenthalts maßgebenden ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher Tagearbeiter. Wenn der Versicherte Invalidenrente erhält, kann dieselbe auf die Angehörigenunterstützung angerechnet werden.

§ 19.

Die Versicherungsanstalt, welche ein Heilverfahren eintreten läßt, ist befugt, die Fürsorge für den Erkrankten der Krankenkasse, welcher er angehört oder zuletzt angehört hat, in demjenigen Umfange zu übertragen, welchen die Versicherungsanstalt für geboten erachtet. Werden dadurch der Kasse Leistungen auferlegt, welche über den Umfang der von ihr gesetzlich oder statutarisch zu leistenden Fürsorge hinausgehen, so hat die Versicherungsanstalt die entstehenden Mehrkosten zu ersetzen. Bestand eine Fürsorgepflicht der Krankenkasse nicht mehr, so ist ihr von der Versicherungsanstalt bei Gewährung der im § 6 Abs. 1 Ziffer 1 des Krankenversicherungsgesetzes bezeichneten Leistungen das halbe, bei Unterbringung des Versicherten in ein Krankenhaus oder in eine Anstalt für Genesende das einundeinhalbfache Krankengeld zu ersetzen, sofern nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen werden.

§ 22.

Wird der Versicherte infolge der Krankheit erwerbsunfähig, so kann ihm, falls er sich den gemäß §§ 18, 19 von der Versicherungsanstalt getroffenen Maßnahmen ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund entzogen hat, die Invalidenrente auf Zeit ganz oder teilweise versagt werden, sofern er auf diese Folgen hingewiesen worden ist und nachgewiesen wird, daß die Erwerbsunfähigkeit durch sein Verhalten veranlaßt ist.

§ 45.

Durch übereinstimmenden Beschluß des Vorstandes und des Ausschusses kann bestimmt werden, daß die Überschüsse des Sondervermögens einer Versicherungsanstalt über den zur Deckung ihrer Verpflichtung dauernd erforderlichen Bedarf zu anderen als den im Gesetze vorgesehenen Leistungen im wirtschaftlichen Interesse der der Versicherungsanstalt angehörenden Rentenempfänger, Versicherten sowie ihrer Angehörigen verwendet werden.

Solche Beschlüsse bedürfen der Genehmigung des Bundesrats. Die Genehmigung kann widerrufen werden, wenn das Sondervermögen der Versicherungsanstalt zur dauernden Deckung ihrer Verpflichtung nicht mehr ausreicht.

§ 47.

Tritt in den Verhältnissen des Empfängers einer Invalidenrente eine Veränderung ein, welche ihn nicht mehr als erwerbsunfähig (§§ 15, 16) erscheinen läßt, so kann demselben die Rente entzogen werden.

Ist begründete Annahme vorhanden, daß der Empfänger einer Invalidenrente bei Durchführung eines Heilverfahrens die Erwerbsfähigkeit wieder erlangen werde, so kann die Versicherungsanstalt zu diesem Zwecke ein Heilverfahren eintreten lassen. Dabei finden die Bestimmungen des § 18 Abs. 2 bis 4, §§ 19 bis 21, 23 mit der Maßgabe Anwendung, daß an Stelle der Angehörigenunterstützung die Invalidenrente treten kann. Hat sich der Rentenempfänger solchen Maßnahmen der Versicherungsanstalt ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund entzogen, so kann ihm die Rente auf Zeit ganz oder teilweise entzogen werden, sofern auf diese Folgen hingewiesen worden ist und nachgewiesen wird, daß er durch sein Verhalten die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit vereitelt hat.

Nach diesen Bestimmungen kann sich also die vorbeugende Krankenhausbehandlung auf alle Krankheiten erstrecken, wenn man sich von ihr eine Verhinderung frühzeitiger Invalidisierung verspricht, wenn auch in der Tat die Lungentuberkulose den größten Teil an dieser prophylaktischen Heilbehandlung gegenwärtig noch genießt.

Der Umfang, in dem die Landesversicherungsanstalten wegen beginnender, voraussichtlich noch heilbarer oder erheblich besserungsfähiger Krankheiten die vorbeugende Heilstättenbehandlung eintreten lassen, ist von Jahr zu Jahr bedeutender geworden. Es wurden den Heilstätten übergeben:[1])

im Jahre	Personen	mit einem Kostenaufwande von M.	und in % der Einnahme
1888	13 758	2 769 330	2,1
1899	20 039	4 056 975	2,8
1900	27 427	6 210 720	4,0
1901	32 710	7 912 219	4,9
1902	35 949	9 056 240	5,4

[1]) Statistik der Heilbehandlung bei den Versicherungsanstalten und zugelassenen Kasseneinrichtungen der Invalidenversicherung für die Jahre 1897, 1899, 1900, 1901 und 1902 und Statistik der Heilbehandlung 1901—1905. Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamtes, 1903, 1. Beiheft und 1906, 2. Beiheft. Ascher & Co.

im Jahre	Personen	mit einem Kostenaufwande von M.	und in % der Einnahme
1903	43 593	11 501 205	6,5
1904	49 491	12 735 081	6,6
1905	56 420	14 448 005	7,1

Die meisten Patienten, nämlich 54 Proz. litten an Lungentuberkulose, an deren Heilung oder doch umfassenden Besserung den Versicherungsanstalten deshalb viel gelegen sein muß, weil die Tuberkulose zu den wichtigsten Ursachen der Invalidität gehört. Die Beteiligung der einzelnen Versicherungsanstalten, soweit es sich um Lungentuberkulose handelt, ergibt sich aus den folgenden Tabellen.

Ueber die Dauererfolge der vorbeugenden Lungenheilbehandlung veröffentlichte das Reichsversicherungsamt im Jahre 1906 folgende Angaben:

Krankheitsgruppen und Geschlecht der behandelten Personen	Auf 100 ständ. behandelte Personen wurde bei Abschluß d. Heilverfahrens Heilerfolg erzielt, so daß Erwerbsunfähigkeit in absehbarer Zeit nicht zu besorgen war					Auf 100 ständig behandelte und kontrollierte Personen															
						aus dem Jahre 1901					aus dem Jahre 1902				aus dem Jahre 1903			aus dem Jahre 1904		aus dem Jahre 1905
	im Jahre					wurde Erwerbsunfähigkeit verhindert bis zum Schlusse des Jahres														
	1901	1902	1903	1904	1905	1901	1902	1903	1904	1905	1902	1903	1904	1905	1903	1904	1905	1904	1905	1905
Bei den wegen Lungentuberkulose behandelten Personen und zwar:																				
a) bei Männern und Frauen zus.	77	78	80	79	82	70	55	46	40	34	73	58	50	42	74	60	51	74	61	77
c) bei Männern allein	77	77	79	79	81	70	53	45	38	32	72	57	48	41	73	59	49	73	60	77
b) bei Frauen allein	77	80	82	81	83	72	60	51	45	39	76	62	54	46	77	64	55	76	64	79

Aus den nämlichen amtlichen Publikationen lassen sich folgende Angaben über Umfang und Erfolg der im Jahre 1905 abgeschlossenen vorbeugenden Behandlung wegen beginnender Lungentuberkulose zusammenstellen:

Versicherungsanstalten	Zahl der Versicherten	Behandelte Personen überhaupt	Heilerfolg, so daß Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 5 Abs. 4 IVG. nicht zu befürchten war, trat ein bei	Heilerfolg im Sinne des § 5 Abs. 4 IVG. wurde nicht erzielt bei
Ostpreußen	410 721	229	169	60
Westpreußen	300 129	161	108	53
Berlin	452 644	2 204	1 955	249
Brandenburg	641 715	1 332	1 034	298
Pommern	335 024	217	132	85
Posen	361 824	484	461	23
Schlesien	1 041 258	1 038	959	79
Sachsen-Anhalt	633 066	526	409	117
Schleswig-Holstein	291 828	346	298	48
Hannover	504 857	1 082	870	212
Westfalen	469 062	1 785	1 617	168
Hessen-Nassau	355 110	1 041	894	147
Rheinprovinz	994 252	3 580	3 076	504
Oberbayern	330 219	1 098	994	104
Niederbayern	162 389	63	44	19
Pfalz	155 312	287	191	96
Oberpfalz und Regensburg	116 864	92	80	12
Oberfranken	135 053	90	76	14
Mittelfranken	177 693	382	336	46
Unterfranken und Aschaffenburg	120 555	120	28	92
Schwaben und Neuburg	161 597	119	91	28
Königreich Sachsen	942 642	1 525	1 329	196
Württemberg	386 531	1 114	691	423
Baden	362 553	1 605	751	854
Großherzogtum Hessen	210 947	714	590	124
Mecklenburg	179 463	126	88	38
Thüringen	295 935	850	728	122
Oldenburg	58 808	81	72	9
Braunschweig	107 203	344	294	50
Hansestädte	244 023	1 439	1 323	116
Elsaß-Lothringen	326 361	618	502	116
Pens.-Kasse f. d. Arb. d. Preuß.-Hess. Eisenbahngem.	192 159	810	707	103
Norddeutsche Knappsch.-Pens.-Kasse	69 803	476	391	85
Saarbrücker Knappschaftsverein	30 740	—	—	—
Arb.-Pens.-Kasse d. K. Bayr. Staatseisenbahnverw.	23 770	63	48	15
Arb.-Pens.-Kasse der K. Sächsischen Staatseisenbahnen	24 111	34	31	3
Allg. Knappschafts-Pens.-Kasse f. d. Königr. Sachsen	27 230	12	10	2
Arb.-Pens.-Kasse d. Bad. Staatseisenb. u. Salinen	12 577	61	51	10
Pens.-Kasse f. d. Arb. d. Reichseisenbahnverw.	12 544	64	51	13
Allgemeiner Knappschaftsverein zu Bochum	154 687	409	309	100
Insgesamt 1905	11 813 259	26 621	21 788	4833

Die Kosten der ständigen im Jahre 1905 abgeschlossenen vorbeugenden Behandlung wegen beginnender Lungentuberkulose beliefen sich bei den

Versicherungsanstalten	Kosten insgesamt M.	pro Kopf der mit Erfolg Behandelten M.	pro Kopf der ohne Erfolg Behandelten M.
Ostpreußen	84 941	420	232
Westpreußen	66 023	467	294
Berlin	1 055 144	510	231
Brandenburg	545 585	465	217
Pommern	77 698	483	164
Posen	146 114	307	201
Schlesien	442 273	437	297
Sachsen-Anhalt	186 382	397	205
Schleswig-Holstein	93 320	278	217
Hannover	360 322	360	221
Westfalen	512 176	299	175
Hessen-Nassau	305 624	306	218
Rheinprovinz	1 180 190	357	165
Oberbayern	114 799	102	128
Niederbayern	17 414	333	145
Pfalz	97 787	398	226
Oberpfalz und Regensburg	25 610	286	227
Oberfranken	29 143	337	251
Mittelfranken	114 284	309	230
Unterfranken und Aschaffenburg	30 644	277	249
Schwaben und Neuburg	39 818	363	241
Königreich Sachsen	689 310	484	237
Württemberg	367 056	363	275
Baden	522 839	452	215
Großherzogtum Hessen	272 459	432	142
Mecklenburg	48 851	444	256
Thüringen	289 662	360	224
Oldenburg	44 201	561	423
Braunschweig	95 330	297	162
Hansestädte	623 986	434	429
Elsaß-Lothringen	213 395	377	210
Pens.-Kasse f. d. Arb. d. Preuß.-Hess. Eisenbahngem.	491 688	653	291
Norddeutsche Knappsch.-Pens.-Kasse	174 711	386	280
Saarbrücker Knappschaftsverein	—	—	—
Arb.-Pens.-Kasse d. K. Bayr. Staatseisenbahnverw.	21 589	397	169
Arb.-Pens.-Kasse der K. Sächsischen Staatseisenbahnen	15 243	461	314
Allg. Knappschafts-Pens.-Kasse f. d. Königr. Sachsen	3 569	290	333
Arb.-Pens.-Kasse f. d. Bad. Staatseisenb. u. Salinen	34 217	625	233
Pens.-Kasse f. d. Arb. d. Reichseisenbahnverw.	24 433	405	290
Allgemeiner Knappschaftsverein zu Bochum	221 705	616	314
Insgesamt 1905	9 679 535	394	225

Umfang und Erfolg der im Jahre 1905 abgeschlossenen Heilbehandlung wegen anderer Krankheiten als Lungentuberkulose betrug bei den

Versicherungsanstalten	Behandelte Personen überhaupt	Heilerfolg, daß Erwerbsunfähigkeit im Sinne d. § 5 Abs. 4 IVG. nicht zu befürchten war, trat ein bei	Heilerfolg im Sinne des § 5 Abs. 4 IVG. wurde nicht erzielt bei
Ostpreußen	2 049	1 554	495
Westpreußen	730	536	194
Berlin	2 392	2 191	201
Brandenburg	599	433	166
Pommern	441	310	131
Posen	714	669	45
Schlesien	844	779	65
Sachsen-Anhalt	261	209	52
Schleswig-Holstein	789	638	151
Hannover	1 299	1 150	149
Westfalen	1 089	1 002	87
Hessen-Nassau	685	545	140
Rheinprovinz	1 623	1 371	252
Oberbayern	807	697	110
Niederbayern	114	69	45
Pfalz	166	90	76
Oberpfalz und Regensburg	177	118	59
Oberfranken	88	64	24
Mittelfranken	111	83	28
Unterfranken und Aschaffenburg	85	42	43
Schwaben und Neuburg	93	62	31
Königreich Sachsen	1 046	901	145
Württemberg	1 362	976	386
Baden	451	195	256
Großherzogtum Hessen	539	476	63
Mecklenburg	172	136	36
Thüringen	1 353	1 101	252
Oldenburg	115	86	29
Braunschweig	56	45	11
Hansestädte	618	552	66
Elsaß-Lothringen	250	160	90
Pens.-Kasse f. d. Arb. d. Preuß.-Hess. Eisenbahngem.	558	517	41
Norddeutsche Knappsch.-Pens.-Kasse	137	105	32
Saarbrücker Knappschaftsverein	—	—	—
Pens.-Kasse d. K. Bayr. Staatsb.	63	56	7
Arb.-Pens.-Kasse der K. Sächsischen Staatseisenbahnen	19	15	4
Allg. Knappschafts-Pens.-Kasse f. d. Königr. Sachsen	6	3	3
Arb.-Pens.-Kasse f. d. Bad. Staatsb.	158	132	26
Pens.-Kasse f. d. Arb. d. Reichseisenbahnverw.	32	25	7
Allg. Knappschaftsverein zu Bochum	231	172	59
Insgesamt 1905	22 322	18 265	4057

Die Kosten der ständigen im Jahre 1905 abgeschlossenen vorbeugenden Behandlung wegen anderer Krankheiten als Lungentuberkulose beliefen sich bei den

Versicherungsanstalten	Kosten insgesamt M.	pro Kopf der mit Erfolg Behandelten M.	pro Kopf der ohne Erfolg Behandelten M.
Ostpreußen	177 346	86	89
Westpreußen	105 933	146	143
Berlin	878 239	375	280
Brandenburg	161 090	297	196
Pommern	66 872	159	134
Posen	120 425	164	233
Schlesien	218 611	265	192
Sachsen-Anhalt	57 836	238	155
Schleswig-Holstein	130 136	172	134
Hannover	261 953	200	213
Westfalen	169 933	157	146
Hessen-Nassau	121 882	179	173
Rheinprovinz	337 906	212	186
Oberbayern	78 949	90	145
Niederbayern	16 023	177	85
Pfalz	36 065	247	182
Oberpfalz und Regensburg	20 867	115	124
Oberfranken	16 665	184	204
Mittelfranken	15 950	151	121
Unterfranken und Aschaffenburg	8 886	102	107
Schwaben und Neuburg	16 339	160	206
Königreich Sachsen	236 507	228	213
Württemberg	231 648	172	165
Baden	67 797	168	137
Großherzogtum Hessen	145 841	280	198
Mecklenburg	47 599	289	232
Thüringen	209 759	159	136
Oldenburg	29 251	247	277
Braunschweig	8 536	154	145
Hansestädte	172 353	282	250
Elsaß-Lothringen	36 163	165	109
Pens.-Kasse f. d. Arb. d. Preuß.-Hess. Eisenbahngem.	123 467	223	200
Norddeutsche Knappsch.-Pens.-Kasse	22 148	149	202
Saarbrücker Knappschaftsverein	—	—	—
Arb.-Pens.-Kasse d. K. Bayr. Staatseisenbahnverw.	14 708	246	132
Arb.-Pens.-Kasse der K. Sächsischen Staatseisenbahnen	5 766	300	316
Allg. Knappschafts-Pens.-Kasse f. d. Königr. Sachsen	647	108	108
Arb.-Pens.-Kasse f. d. Bad. Staatseisenb. u. Salinen	28 738	186	161
Pens.-Kasse f. d. Arb. d. Reichseisenbahnverw.	7 623	245	212
Allgemeiner Knappschaftsverein zu Bochum	76 735	380	193
Insgesamt 1905	4 483 192	209	163

Am Anfang des Jahres 1903 besaß: die Landesversicherungsanstalt Berlin 1 Lungenheilstätte, 1 Heilstätte für geschlechtskranke Männer und 2 Sanatorien für andere Kranke mit insgesamt 678 Betten; die Landesversicherungsanstalt Brandenburg 1 Lungenheilstätte mit 110 Betten; die Landesversicherungsanstalt Hannover 3 Lungenheilstätten und 2 Sanatorien für andere Kranke mit insgesamt 316 Betten; die Landesversicherungsanstalt Schlesien 3 Sanatorien mit zusammen 340 Betten; die Landesversicherungsanstalt Baden 1 Lungenheilstätte mit 122 Betten; die Thüringische Landesversicherungsanstalt 1 Lungenheilstätte und 2 Sanatorien mit insgesamt 143 Betten; die Landesversicherungsanstalt Braunschweig 2 Lungenheilstätten mit 116 Betten; die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte 2 Lungenheilstätten und 2 Sanatorien mit insgesamt 360 Betten; die Landesversicherungsanstalt Württemberg 1 Sanatorium mit 45 Betten.

Ein näheres Eingehen auf die Erfolge der vorbeugenden Heilbehandlung, wie sie in einem von Jahr zu Jahr wachsenden Maße von den Versicherungsanstalten angewandt wird, kann hier füglich unterbleiben, da ja die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit dieser Behandlung weder von medizinischer noch von verwaltungstechnischer Seite bestritten wird, es vielmehr nur noch Gegenstand der Kontroverse ist, welche chronischen krankhaften Zustände bei dieser Behandlung vorzugsweise berücksichtigt werden sollen. Für die Entwicklung des Heilstättenwesens an sich ist diese Frage jedoch bedeutungslos, da ja innerhalb des Betriebes dieser Anstalten Verschiebungen bezüglich der Verpflegung und Behandlung je nach dem augenblicklichen wissenschaftlichen Standpunkte jeder Zeit vorgenommen werden können.

Von Jahr zu Jahr ist die vorbeugende Krankenhausbehandlung in größerem Umfange von den Behörden der Invalidenversicherung angeordnet worden. Nach den amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamtes ist in dem Jahrfünft von 1897 bis 1902 die Zahl der wegen Lungenschwindsucht in vorbeugende Heilstättenbehandlung genommenen Männer auf fast das Fünffache, die Zahl der tuberkulösen Frauen auf nahezu das Sechsfache, die Anzahl der wegen anderer Krankheiten als Lungentuberkulose in vorbeugende Anstaltsbehandlung genommenen Männer um mehr als das Doppelte, die die Frauen um mehr als das Dreifache gestiegen.

Auch auf das private Krankenhauswesen hat die vorbeugende Heilstättenbewegung förderlichen Einfluß ausgeübt. Davon legen

folgende Angaben Zeugnis ab: In dem Jahrfünft 1898 bis 1902 überwiesen die Landesversicherungsanstalten 999 Patienten dem Weicker'schen Krankenheim für Lungenkranke in Görbersdorf, 473 Patienten der Hettinger'schen Lungenheilanstalt in Nordroch (Baden), 198 Patienten der Lungenheilanstalt von Dr. Lipp in Reichelsheim im Odenwald, 167 Patienten der Heilstätte Waldhof-Elgershausen im Kreise Wetzlar von Dr. Liebe, 204 Patienten der von Hahn'schen Anstalt in Sülzhain im Südharz, 80 Patienten dem Rassenberg'schen Sanatorium für Lungenkranke ebendaselbst, 78 Patienten der Lungenheilanstalt von Pintschovius in Altanbrak am Harz, 67 Patienten der Brehmer'schen Heilanstalt in Görbersdorf, 228 Patienten der Schmitt'schen Heilanstalt in Lindenfels im Odenwald, 28 dem Niemöller'schen Kurhaus in Zwischenahn u. a. m.

Auch zahlreiche Krankenanstalten, die von Wohlfahrtsvereinen unterhalten werden, werden von den Landesversicherungsanstalten durch Zuweisung von Patienten unterstützt und so mit festen Einnahmen versehen. In den Jahren von 1898 bis 1902 überwiesen die Landesversicherungsanstalten u. a. 686 Patienten der Volksheilstätte vom Roten Kreuz am Grabowsee bei Oranienburg, 432 Patienten der Volksheilstätte Vogelsang (bei Gommern) des Vaterländischen Frauenvereins Oberkaufungen (bei Kassel), 149 Patienten dem Johanniterhospital Plön, 39 Patienten dem Johanniterhospital Altena i. W., 403 Patienten dem Augusta-Viktoriastift in Lippspringe, 123 Patienten dem Augusta-Viktoriaheim zu Eberswalde, 110 Patienten der Lungenheilstätte des Bergischen Vereins für Gemeinwohl in Honnef, 80 Patienten der Heilstätte Luitpoldheim bei Lohr a. M., 46 der Lungenheilstätte des Berlin-Brandenburger Heilstättenvereins zu Belzig, 17 der Heilstätte des Kölner Heilstättenvereins in Rosbach (Rheinprovinz), 24 Patienten der Heilstätte des Magdeburger Vereins zur Bekämpfung der Lungenschwindsucht in Loslau.

Die vorbeugende Krankenhauspflege wird voraussichtlich auch in der Zukunft von den Landesversicherungsanstalten ausgebaut werden. Erst die Erfahrungen von Jahrzehnten, die gegenwärtig noch ausstehen, können uns genauer Aufschluß geben, welche Krankheiten die beste Aussicht bei der die Invalidität vorbeugenden Behandlung gewährleisten. Erst wenn diese Erfahrungen, von Fachleuten verarbeitet, vorliegen, wird man Regeln aufstellen können, die sowohl den medizinischen wie den fiskalischen Gesichtspunkten entsprechen. Wie auch die vorbeugende Krankenhauspflege sich dereinst qualitativ entwickeln wird, jedenfalls kann

man schon heute voraussagen, daß sie sich quantitativ von Jahr zu Jahr ausdehnen wird.

Endlich deuten Anzeichen darauf hin, daß neben der vorbeugenden Krankenhauspflege in Zukunft die Landesversicherungsanstalten mehr der Einrichtung von Invalidenheimen, in denen auf Grund des § 25 IVG. der zum Rentenbezug Berechtigten eine dauernde Unterkunft geboten wird, ihr Interesse zuwenden werden. Die Kostspieligkeit, die wir leider an unseren modernen Krankenhaus- und Heilstättenbauten als unvermeidlich anzusehen uns gewöhnt haben, ist bei den Invalidenhäusern durchaus zu vermeiden, da einfache Wohnhäuser für eine beschränkte Anzahl von Insassen (20—25) durchaus genügen. Es brauchen gar keine Neubauten zu sein; sondern ältere Wohnhäuser können ganz gut den neuen Zwecken angepaßt werden. Mit 1,50 pro Tag höchstens müssen die Kosten für den Pflegling sich bestreiten lassen. Die Einrichtung besonderer Invalidenheime durch die Versicherungsanstalten wird natürlich dadurch gehemmt, daß der Aufwand für einen Pflegling in einem Heim auch bei denkbar sparsamster Einrichtung immer sich noch erheblich teurer stellt, als der Betrag der Rente ist. Das Reichsversicherungsamt steht aber gegenwärtig der Einrichtung besonderer Invalidenheime wie der Überweisung von Rentenempfängern an andere Anstalten durchaus wohlwollend gegenüber. Wenigstens sind die erforderlichen Satzungsänderungen und die von den einzelnen Versicherungsanstalten erlassenen Ausführungsbestimmungen stets genehmigt worden.

Der § 45 des Invalidenversicherungsgesetzes vom 13. Juli 1899 erlaubt den Landesversicherungsanstalten, die Überschüsse des Sondervermögens auch zu anderen als den im Gesetze vorgesehenen Leistungen im wirtschaftlichen Interesse der Rentenempfänger, Versicherten, sowie ihrer Angehörigen zu verwenden. Diese Erlaubnis ist dem Anstaltswesen sehr zugute gekommen, indem viele Versicherungsanstalten, die keine eigenen Krankenhäuser oder Heilstätten gebaut haben, doch Wohlfahrtsvereinen durch Herleihung von Kapital zu niedrigem Zinsfuß den Bau von Heilstätten ermöglicht oder erleichtert haben. Die Gesamtsumme, die von den Invalidenversicherungsanstalten bis Ende 1902 zugunsten gemeinnütziger Zwecke angelegt worden ist, betrug 323 Mill. Mk. Nach dem Geschäftsbericht des deutschen Zentralkomitees zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke von 1904 entfielen davon auf die Landwirtschaft (Hypotheken, Kleinbahnen, Land- und Wegeverbesserungen, Hebung der Viehzucht, Linderung der Futternot usw.) mehr als 67 Mill. Mk., auf Kranken- und Genesungshäuser, Volks-

heilstätten, Gemeindepflegestationen, Volksbäder, Kleinkinderschulen, Schlachthäuser, Kanalisationsanlagen und ähnliche Wohlfahrtseinrichtungen nahezu 128 Mill. Mk., auf den Bau gesunder Arbeiterwohnungen 103 Mill. Mk. und endlich auf eigene Krankenhäuser, Heilstätten und Invalidenhäuser der Versicherungsträger rund 24 Mill. Mk. Diese Aufstellung legt zwar ein Zeugnis ab für das erfreuliche Interesse der Landesversicherungsanstalten für das Krankenhaus- und Heilstättenwesen und die Höhe der zu deren Gunsten hergeliehenen Kapitalien, zeigt uns aber auch andererseits, daß die Versicherungsanstalten in großem Maßstabe Unternehmen finanziell stützen, die, wie Hebung der Viehzucht, Wegeverbesserungen, Bau von Kleinbahnen mit den Zwecken der sozialen Versicherungsgesetzgebung keinen oder doch nur einen sehr lockeren Zusammenhang haben. Aus diesem Grunde dürfte in § 45 das Wort „wirtschaftlich" zu beanstanden sein. Hoffentlich wird es bei einer Änderung des Gesetzes in „hygienisch" umgewandelt und im Gesetz selbst festgestellt, daß ein bestimmter hoher Prozentsatz, 50 oder 75 Proz. der Überschüsse für die Förderung des Anstaltswesens Verwendung finden müsse. Der § 45 ließe sich sogar auf die Fürsorge für die bedrohten Kinder der erkrankten Versicherten anwenden. Es erhellt daraus, in wie umfassender Weise sich in Zukunft die Invalidität vorbeugende Anstaltspflege durch Verfolgung der in der Invalidenversicherungsgesetzgebung ruhenden Tendenzen ausbauen ließe und wie enge Beziehungen sich zwischen Krankenhauswesen und Versicherungsgesetzgebung auch bei diesem Zweige der Arbeiterversicherung ergeben. Doch ist immer noch fraglich, ob die Landesversicherungen gut daran tun, eigene Anstalten zu bauen und zu betreiben oder ob sie nicht auch besser fahren, wenn sie kommunale oder Landesanstalten beschicken. Die bisherigen Erfahrungen sprechen mehr für das letztere Verfahren, da die eigenen Anstalten außerordentlich teuer im Bau und im Betrieb zu stehen kommen.

Leitsätze.

1. Die soziale Versicherungsgesetzgebung hat auf die Entwicklung des Krankenkassenwesens einen sehr großen Einfluß ausgeübt und die Krankenhauspflege erst in Deutschland volkstümlich gemacht.

2. Die Krankenversicherung hat insbesondere zur Vermehrung und Verbesserung der allgemeinen Krankenhäuser beigetragen und diesen den Charakter der Armenanstalten abstreifen helfen.

3. Die Unfallversicherung hat die Vermehrung und Verbesserungen der chirurgischen Abteilungen der allgemeinen Krankenhäuser angeregt und diese genötigt, neben der chirurgischen auch die funktionelle Heilung der Unfallverletzten mit Nachdruck zu betreiben.

4. Die Invalidenversicherung hat eine ganz neue Art von Krankenhausfürsorge, die vorbeugende Anstaltsbehandlung, inauguriert.

5. Um die fördernde und anregende Wirkung der Versicherungsgesetzgebung auf die Ausbreitung und Differenzierung des Krankenkassenwesens auch in Zukunft tätig zu erhalten, muß bei einer kommenden Zentralisierung des Versicherungswesens vermieden werden, daß die Versicherungskörperschaften eigene Anstalten bauen, da eine Spezialisierung des Anstaltswesens zweckmäßig nach der Art der zu behandelnden Kranken aber nicht nach der der errichtenden Instanzen anzustreben ist.

Medizinalstatistische Daten.

1. Beziehungen zwischen sozialer Lage und Sterblichkeit an Krebs und Schwindsucht.

In dem S. 272 zitierten Londoner Medizinalbericht findet sich eine Erhebung über die Höhe der Sterblichkeit an Krebs und Schwindsucht während der Jahre 1901—1904 in den einzelnen Londoner Bezirken, die nach der Zahl der in überfüllten Wohnungen lebenden Einwohner geordnet sind. Es wird dabei darauf hingewiesen, daß allerdings die Reichen Gelegenheit haben, die besten und erfahrensten Ärzte zu befragen, dies aber dadurch bei den Armen ausgeglichen werde, daß für diese öffentliche Anstalten in großer Fülle vorhanden sind. Bei der Berechnung ist die verschiedene Altersbesetzung der Bevölkerung der einzelnen Bezirke berücksichtigt, es wurden Standardziffern berechnet unter Zugrundelegung der Altersverhältnisse der Bevölkerung von ganz London.

Bezirke, in denen von 100 Bewohnern in überfüllten Wohnungen leben	Sterblichkeit an Lungenschwindsucht			Sterblichkeit an Krebs		
	Sterbefälle auf 10000 Einw.	Standard-Sterblichkeit	Verhältniszahl (London = 100)	Sterbefälle auf 10000 Einw.	Standard-Sterblichkeit	Verhältniszahl (London = 100)
unter 7,5 Prozent	11,2	11,3	70	9,4	9,3	101
7,5—12,5 „	14,2	14,4	89	9,1	9,2	100
12,5—20,0 „	15,4	15,1	94	9,6	9,1	99
20,0—27,5 „	21,6	20,8	129	9,9	9,6	104
über 27,5 „	21,2	22,2	138	8,0	9,0	98
Ganz London	16,1	16,1	100	9,2	9,2	100

Wie man sieht, ist die soziale Lage ohne Einfluß auf die Krebshäufigkeit, während sie für das Vorkommen der Tuberkulose von weittragender Bedeutung ist.

2. Die Zahl der Gebrechlichen.

Bei den englischen Volkszählungen werden auch die Gebrechen erhoben. In Großbritannien und Irland werden nur die Irrsinnigen, Blinden und Taubstummen mit annähernder Sicherheit ermittelt, während die infolge von Krankheit, Unfall, Alter usw. Gebrechlichen daselbst nur ganz unvollständig erhoben werden. Viel

besser sind die Zählungen der letzteren im Kapland und in Australien; nach dem Census of the British Empire für 1901 (London 1906) kamen auf 1000 Einwohner Gebrechliche dieser Art

	männlich	weiblich
Kapland	10,7	6,5
Neusüdwales	14,9	8,1
Victoria	20,8	13,1
Queensland	11,0	7,2
Südaustralien	12,7	8,6
Westaustralien	12,6	7,1
Tasmanien	18,1	13,5
Neuseeland	15,0	8,0

Für einige dieser Staaten ist die Art des Gebrechens nach Alter und Geschlecht ausgezählt, am eingehendsten wurden die Erhebungen in Neuseeland verwertet (ohne Einbeziehung der Maoris). Nach den Zahlen des Zensus von 1901 wurden von mir die folgenden Verhältnisziffern für Neuseeland berechnet:

Auf je 10000 Lebende kommen Gebrechen

infolge von	0—15 Jahre	15—30 Jahre	30—40 Jahre	40—50 Jahre	50—60 Jahre	60—70 Jahre	üb. 70 Jahre	Zus.
Männliches Geschlecht								
Krankheiten, genannte	5,4	20,9	20,5	32,7	58,7	158,3	344,4	34,7
" ungenannte	10,7	28,2	39,1	50,1	91,1	240,9	380,8	50,7
Unfall	7,2	30,9	26,3	38,8	53,0	88,3	121,4	30,3
Taubstummheit	3,9	3,5	3,3	2,7	2,7	1,3	1,1	3,3
Blindheit	1,5	2,5	5,4	5,2	16,5	32,6	81,6	7,3
Geisteskrankheit	1,1	16,2	53,0	95,6	126,4	107,8	101,5	39,4
Idiotie	0,9	2,5	1,3	1,0	0,3	1,3	1,1	1,4
Epilepsie	0,9	2,1	3,0	0,5	1,7	2,6	3,3	1,7
Lähmung	0,9	2,3	2,8	5,6	8,6	40,0	58,5	6,1
Verkrüppelung	1,9	4,8	4,2	4,7	10,7	17,4	18,8	5,2
Schwäche	0,4	0,8	1,3	2,2	9,0	70,8	429,4	15,0
Taubheit allein	0,7	3,7	4,8	4,9	12,9	23,9	56,3	6,0
überhaupt	35,5	118,4	165,0	244,0	390,7	785,2	1598,2	201,1
Weibliches Geschlecht								
Krankheiten, genannte	5,5	25,3	31,6	38,3	54,6	116,7	276,9	29,8
" ungenannte	9,0	26,2	38,0	41,9	69,6	123,9	139,2	31,4
Unfall	2,7	5,1	6,2	8,3	10,1	20,6	45,8	6,3
Taubstummheit	2,4	2,6	3,3	1,9	2,8	1,4	3,2	2,5
Blindheit	1,3	1,6	1,9	6,1	9,1	25,6	60,6	4,3
Geisteskrankheit	0,9	12,7	44,5	81,8	102,8	112,5	86,8	29,3
Idiotie	0,7	1,5	2,1	1,9	0,9	1,4	1,5	1,3
Epilepsie	0,8	1,5	1,2	1,0	2,3	1,4	—	1,2
Lähmung	0,9	0,9	1,4	2,2	13,7	34,2	49,1	4,0
Verkrüppelung	0,9	1,5	2,0	1,6	3,7	4,3	3,2	1,6
Schwäche	0,1	1,9	2,7	4,4	15,5	49,1	272,0	8,7
Taubheit allein	0,5	3,1	4,1	6,7	13,3	19,2	50,7	4,6
überhaupt	25,7	83,9	139,0	196,1	298,4	510,3	989,0	125,0

Die Zahlen der Gebrechlichen in den ersten Jugendjahren sind stets unvollständig, da manche Gebrechen in ihrem vollen Umfang erst beim Eintritt in die Schule oder bei der Berufswahl erkannt werden. Wie rasch viele Gebrechen mit dem Alter zahlreicher werden, ist deutlich ersichtlich; bei allen Gebrechen sind die Verhältniszahlen beim weiblichen Geschlecht höher, und zwar meist erheblich höher als beim männlichen.

F. Prinzing.

Aus der Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik in Berlin.[1])

Sitzung vom 25. Oktober 1906.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr R. Lennhoff.

Herr Th. Sommerfeld trägt vor über **„das Verbot der Verwendung des weißen Phosphors in der Zündholzindustrie“.**

Wenn durch einen Bergsturz oder durch Explosion von Schlagwettern Hunderte von Bergleuten, von der Außenwelt abgeschlossen, durch giftige Gase, Feuer oder die Gewalt der umhergeschleuderten Massen jäh dahingerafft werden, so durcheilt diese Trauerbotschaft mit Blitzesschnelle die gesamte Kulturwelt, und jedes fühlende Herz beklagt nicht nur die Opfer ihres Berufes, sondern ist auch bereit, die Not der ihrer Ernährer beraubten Witwen und Waisen zu lindern. Das Plötzliche, das mit elementarer Gewalt Hereinbrechende ist es, was des Menschen Gemüt hier so mächtig packt; man forscht eifrig nach den Ursachen des Unglücks, fordert stürmisch die Bestrafung der Schuldigen und ruft von allen Seiten mit kräftiger Stimme nach behördlichen Maßnahmen, um gleichen Ereignissen für die Zukunft vorzubeugen. Doch was bedeuten die Hunderte oder Tausende, welche auf diese oder andere Weise tödlich verunglücken, was selbst die Zehntausende, welche infolge von Betriebsunfällen körperliche Schädigungen mit teilweiser oder auch gänzlicher Erwerbsunfähigkeit davontragen, gegenüber der unabsehbaren Zahl derjenigen, die durch die allmähliche Einwirkung des mit der Ausübung zahlreicher Berufe verbundenen Schädlichen ihre Gesundheit und oft auch ihr Leben einbüßen?! In meinem Handbuch der Gewerbekrankheiten glaube ich durch umfangreiche tabellarische Übersichten, deren Ergebnisse sich mit den Forschungen anderer Gewerbehygieniker decken, den Beweis erbracht zu haben, daß zahllose Arbeiter durch die Beschäftigung in geschlossenen Räumen, namentlich in sitzender, vornübergebeugter Haltung, chronische Erkrankungen der Atmungsorgane erwerben, daß insbesondere jene Arbeiter, welche berufsmäßig reichliche Mengen eines scharfen, zackigen, spitzen Staubes einzuatmen verurteilt sind, zu einem sehr erheblichen Prozentsatze allmählich der Lungentuberkulose anheimfallen. Sterben doch von 100 Steinmetzen und Steinbildhauern an dieser Geisel des Menschengeschlechtes nach meiner Berechnung nicht weniger als 89, von 100 Stahlschleifern 75, von 100 Kürschnern, Hutmachern, Schiefergriffel-

[1]) Nach den Verhandlungen der Gesellschaft, abgedruckt in Nr. 44 u. 49. 1906 der „Medizinischen Reform“, herausg. von R. Lennhoff.



arbeitern, Drechslern 60—70, von 100 Porzellanarbeitern, Tischlern, Vergoldern und Glasschleifern 50—60! Wenn indessen diese den Stolz des Menschen als Krone der Schöpfung demütigenden Erfahrungen, ebenso wie die betrübende Tatsache, daß zahllose Tausende von Arbeitern durch das Hantieren mit gewerblichen Giften schwere Einbuße an ihrer Gesundheit erleiden und oft im kräftigen Mannesalter elend dahinsiechen, von der Allgemeinheit schweigend hingenommen werden, so findet diese auffallende, ungerechtfertigte Geringschätzung der inneren Berufsschädigungen gegenüber den Unfallverletzungen lediglich in dem Umstande eine Erklärung, daß erstere nicht wie die Unfälle sich mit elementarer Gewalt kundgeben und eben noch blühende Menschen verstümmeln oder dahinraffen, sondern ihre Wirkung nur langsam schleichend entfalten, um ihre Opfer dann desto sicherer zu verderben. Zudem reicht die Kenntnis der inneren Berufsschädigungen nicht weit über die Kreise der Ärzte, Sozialhygieniker und Krankenversicherungsanstalten hinaus, was um so mehr zu bedauern ist, als die allgemeine Kenntnis dieser Verhältnisse die Volksseele aufrütteln, das soziale Empfinden der maßgebenden Kreise verschärfen und hierdurch ein tatkräftigeres Eingreifen der Regierungen zeitigen würde. Augenblicklich steht im Vordergrunde des Interesses die Bekämpfung der Giftgefahr in gewerblichen Betrieben, und ich werde mir mit Erlaubnis unseres verehrlichen Vorstandes heute gestatten, über den Stand der Phosphorfrage zu berichten. Wenn gegenüber dem Blei und manchen anderen gewerblichen Giften der weiße, nach Lichteinwirkung gelblich durchscheinende Phosphor bezüglich des Umfanges seiner Verwendung auch weit in den Hintergrund tritt, so hat er vor jenen doch den bedauerlichen Vorzug voraus, daß er schon in kleinsten Mengen die schwersten Vergiftungen auszulösen vermag.

Die hauptsächlichste Verwendung findet der Phosphor zur Fabrikation von Zündmitteln, besonders in der Phosphorzündholzindustrie.

Seinen Eingang in den Körper findet hier das Gift teils durch die Phosphordämpfe, welche sich trotz weitgehendster Vorbeugungsmaßregeln in selbst vorzüglich geleiteten Fabriken erfahrungsgemäß nicht gänzlich verhüten lassen, zum Teil auch dadurch, daß die mit phosphorhaltiger Masse verunreinigten Finger an den Mund gebracht werden und das Gift von hier aus in die Verdauungswege und in den Blutkreislauf gelangt. Mit und auch völlig ohne Vermittelung einer Zahnfäulnis (caries dentium) erkranken die Arbeiter vereinzelt bald nach Aufnahme ihrer Beschäftigung, in der Regel jedoch erst nach mehrjähriger Tätigkeit; zudem sind in der Literatur Fälle beschrieben, in denen Arbeiter noch 3 bis 5 Jahre und selbst noch längere Zeit nach dem Aussetzen ihrer Beschäftigung in der Zündholzindustrie zum erten Male an Phosphorvergiftung erkrankt sind.

Da ich es für wahrscheinlich halte, daß die Mehrzahl unter Ihnen die Phosphornekrose in natura noch nicht gesehen hat, gestatte ich mir, Ihre Aufmerksamkeit auf die ausgestellten Präparate zu lenken. Sie erkennen an den Präparaten die von mir in Kürze angedeuteten tiefen Zerstörungen der knöchernen und fleischigen Teile am Unterkiefer und in dessen Umgebung; auch sehen Sie neugebildete Knochenmassen, sowie die sogenannte Todenlade mit dem Sequester. Was nunmehr die Verbreitung der Phosphornekrose anbelangt, so müssen wir daran festhalten, daß unsere Kenntnis hierüber recht mangelhaft ist, denn einerseits finden über diese Frage in einzelnen Ländern überhaupt keine Erhebungen statt, andererseits entsprechen die Fälle, die zur amtlichen Kenntnis gelangen, nach dem übereinstimmenden Urteil fast aller Forscher nicht der Wirk-

lichkeit, sondern bleiben hinter dieser vermutlich weit zurück. In Deutschland berichten die Gewerbeinspektoren, denen man ein Verständnis für die Schädigungen der Arbeiter wahrlich nicht absprechen darf, alljährlich nur über vereinzelte Fälle von Phosphorvergiftung; in England sollen nach den Berichten der Certifying surgeons (Amtsärzte) in der Zeit von 1900 bis 1903 nur 9 Fälle, davon 4 mit tödlichem Ausgange, sich ereignet haben, und auch in den jüngsten Jahren soll die chronische gewerbliche Phosphorvergiftung nur ganz vereinzelt aufgetreten sein, seit der Berner Staatenkonferenz im Jahre 1905 nur in 3 Fällen. Derartige amtliche Erhebungen, die sich doch nur auf das stützen können, was gerade zur Kenntnis der Aufsichtsbeamten gelangt, können gar nicht den wirklichen Umfang der Schädigung erfassen. Der einzig richtige Weg, den auch ich bei der Feststellung der hygienischen Lage der Steinhauer, der Porzellanarbeiter, der Schiefergriffelarbeiter, der Perlmutterdrechsler und der Schriftgießer gegangen bin, ist eine spezielle Untersuchung am Sitze der Industrie durch einen sachkundigen Arzt. Herrn Teleky, einem der österreichischen Delegierten auf der diesjährigen Versammlung der internationalen Vereinigung für gesetzlichen Arbeiterschutz, gebührt das Verdienst, in der vorgezeichneten Weise vorgegangen zu sein. Er beschränkte anfangs seine Untersuchungen auf einen kleinen Bezirk in Böhmen. In insgesamt 8 Fabriken waren in den letzten $10\frac{1}{2}$ Jahren 46 Fälle von Phosphornekrose vorgekommen, 9 mit tödlichem Ausgange; aus früheren Zeiten konnte er weitere 31 Fälle feststellen. 57 Kranke hat er selber gesehen und untersucht. Trotzdem der Bezirk des zuständigen Gewerbeinspektors bei weitem größer war als der, auf dem T. seine Untersuchungen anstellte, gelangten im letzten Jahrzehnt, 1896—1905, doch nur 19 Fälle zur amtlichen Kenntnis, wobei noch besonders hervorgehoben werden muß, daß gerade der Gewerbeinspektor von Budweis der Phosphorfrage ein sehr großes Interesse entgegenbringt. Die gleichen Resultate zeitigten Teleky's jüngste Untersuchungen in Steiermark, woselbst er aus 2 Fabriken mit je 200—250 Arbeitern 9 frische Phosphorerkrankungen aus den Jahren 1905 und 1906 feststellen konnte. Im ganzen sind aus diesen 2 Fabriken in den letzten 10 Jahren 22 Fälle von Nekrose hervorgegangen, während der Gewerbeinspektor aus seinem ganzen Aufsichtsbezirke, der 6 Phosphorzündholzfabriken umfaßt, nur von 9 Fällen Kenntnis erhielt. Sechs Jahrzehnte sind vergangen, seitdem Lorinser in den Medizinischen Jahrbüchern des K. K. österreichischen Staates die nekrotische Zerstörung der Kieferknochen auf die Einwirkung des weißen Phosphors zurückführte. Er berichtete damals über 9 Fälle von Nekrose, von denen 5 tödlich verliefen. In späteren Jahren konnte er Hirt über weitere 126 Fälle Mitteilung machen. Bald nach Lorinser's erster Publikation kamen weitere Mitteilungen aus den verschiedensten Landesteilen Österreichs und auch aus anderen Ländern, so daß die Regierungen nunmehr der Frage nähertreten mußten, wie der furchtbaren Wirkung des Phosphors mit Erfolg entgegengetreten werden könnte. Nach und nach wurden in fast allen Kulturstaaten Gesetze erlassen, welche der gewerblichen Schädigung der Arbeiter durch gesundheitsgemäße Ausgestaltung der Arbeitsräume und Arbeitsweise sowie durch Belehrung der Arbeiter zu steuern suchten. Aber weder die Trennung der einzelnen Arbeitsräume noch die Anordnung einer bestimmten Höhe und eines Mindestluftraumes für die einzelnen Betriebsräume noch auch die Regelung der Ventilation und Reinigung und die Überwachung des Gesundheitszustandes der Arbeiter waren imstande, Vergiftungen völlig auszuschalten. In dieser Erkenntnis sahen sich einzelne Länder genötigt, zu dem einzig rationellen Aushilfs-

mittel zu greifen, d. h. den weißen Phosphor für die Herstellung von Zündhölzchen gänzlich zu untersagen. So gingen der Reihe nach, Dänemark, die Schweiz, die Niederlande, Frankreich und jüngst auch Deutschland vor. In dem Kampfe gegen den weißen Phosphor haben auf Grund ihrer Erfahrung immer in erster Reihe die Ärzte gestanden, aber wirksamer als deren Anstrengungen waren die Bemühungen der Internationalen Vereinigung für gesetzlichen Arbeiterschutz. Sogleich bei ihrer Begründung hat die Vereinigung die Frage der Bekämpfung des weißen Phosphors als eine der dringendsten Aufgaben ins Auge gefaßt und auf Grundlage sorgfältiger Vorarbeiten ihr Bureau in Basel beauftragt, an den hohen Schweizerischen Bundesrat mit der Bitte heranzutreten, er möge die Initiative ergreifen, auf dem Wege einer internationalen Vereinigung die Verwendung des weißen Phosphors bei der Herstellung von Zündhölzchen zu verbieten. Die Frucht dieser Bemühungen war die Berner Konferenz im Jahre 1905. Die hier gegen das gewünschte Verbot geltend gemachten Bedenken gipfelten namentlich darin, daß die Konkurrenz Japans in Ostasien zu befürchten sei. Nur unter großen Schwierigkeiten gelang es, manche Exportstaaten dazu zu bewegen, von der weitergehenden Forderung abzustehen, daß nämlich auch die Zustimmung der Absatzgebiete, insbesondere der Balkanstaaten, Ägyptens, Ostindiens zum Verbote erforderlich wäre. Es gaben schließlich die Regierungen des Deutschen Reiches, von Österreich, Ungarn, Belgien, Dänemark, Spanien, Frankreich, Italien, Luxemburg, Norwegen, der Niederlande, Portugal und die Schweiz dem Weißphosphorverbot in der Zündhölzchenindustrie ihre Zustimmung unter der Bedingung, daß dasselbe erst vom 1. Januar 1911 an in Kraft trete und nur dann, wenn die auf der Konferenz nicht vertretenen europäischen Staaten und auch Japan beigetreten sind. Großbritannien und Schweden haben dem Verbot auch in dieser Form nicht ihre Zustimmung erteilt, Großbritannien namentlich in der Meinung, daß die im Jahre 1900 erlassenen Verhütungsmaßregeln jeden Ausbruch der Phosphornekrose hintanhalten würden, eine Hoffnung, die sich nicht bestätigt hat. Die japanische Regierung erklärte auf eine Anfrage, daß sie für den Augenblick nicht in der Lage sei, dem Vertrage beizutreten. Im September d. J. erfolgte eine erneute Zusammenkunft der Regierungsvertreter, um die endgültigen Vereinbarungen zu unterzeichnen. Das Resultat war ein wenig erfreuliches, denn außer den 5 Ländern, Dänemark, Deutschland, Frankreich, den Niederlanden und der Schweiz, welche das Verbot des weißen Phosphors zur Herstellung von Zündhölzchen bereits gesetzlich festgelegt hatten, traten nur Italien und Luxemburg neu der Konvention bei. Die Bedenken der übrigen Staaten konnten nicht zerstreut werden. Die größten, aber nicht gerechtfertigten Befürchtungen hegten die widerstrebenden europäischen Staaten wiederum vor der Konkurrenz Japans, aber nach zuverlässigen Nachrichten besteht der Hauptexport dieses Landes aus nichtgiftigen Zündhölzchen. Der Verzichtleistung auf den weißen Phosphor stehen auch keine technischen Bedenken entgegen. Die Erkenntnis, daß die Tage dieses giftigen Stoffes trotz aller Widerstände gezählt sind, hat längst schon die Chemie dahin gedrängt, geeignete Ersatzstoffe zu suchen. Die Masse für die sogenannten schwedischen Zündhölzer ist völlig frei von Phosphor, und nur die Reibfläche der Schachteln enthält den ungiftigen roten oder amorphen Phosphor. Der allgemeinen Einführung dieser Zündhölzchen steht jedoch neben dem höheren Preise der Umstand entgegen, daß sie einer besonderen Reibfläche und dadurch einer Verpackung in Schachteln bedürfen. Daß sie z. B. auf glattem Papier mit fester Unterlage entzündbar sind, kommt nicht in Betracht. Als zweckmäßiger und

nichtgiftiger Ersatz des weißen Phosphors wird das Phosphorsesquisulfid (P_3S_4) bezeichnet, welches u. a. in Frankreich und in der Schweiz umfangreiche Verwendung findet. Auch die deutschen Fabrikanten werden, soweit ich unterrichtet bin, vom 1. Januar 1907 an Veranlassung nehmen, sich dieses Präparates zu bedienen. Es fragt sich jedoch, ob die Annahme, daß das Phosphorsesquisulfid in der Tat ungiftig sei, zutrifft, zumal in der Huch'schen Patentschrift selbst ausgesprochen wird, daß man durch Schmelzen von Phosphor mit Schwefel, auf welchem Wege bekanntlich das Phosphorsesquisulfid gewonnen wird, niemals ein ungiftiges Produkt erhält, da hierbei die Temperatur eine so hohe wird, daß mit der steigenden Wärme auch steigende Mengen gelben, giftigen Phosphors entstehen. Voraussichtlich werden sich auch die Reichsbehörden mit dieser Frage befassen, und ich selber behalte mir vor, behufs Feststellung einer etwaigen Giftigkeit dieses Präparates umfangreiche Tierexperimente anzustellen. Auch Sulfophosphit, eine Verbindung von Phosphortrisulfid oder Phosphorpentasulfid mit Zinksulfid, wurde als Ersatzmittel empfohlen, doch scheint es nirgends eine nennenswerte Verwendung gefunden zu haben. Geben wir selbst zu, daß der rote Phosphor, wie das Phosphorsesquisulfid und auch das Sulfophosphit völlig unschädliche Substanzen sind, so müssen wir immer noch in Erwägung ziehen, daß die Darstellung dieser Präparate die Gewinnung des giftigen weißen Phosphors voraussetzt und daß auch hierbei eine Gefährdung der Arbeiter nicht ausgeschlossen ist. Es ist deshalb mit Freude zu begrüßen, daß es den langjährigen Bemühungen von Gans gelungen ist, ein Zündsalzgemisch zu erfinden, welches vollkommen frei von Phosphor ist. Die hieraus gefertigten Zündhölzchen sind an jeder indifferenten Reibfläche, selbst in urväterlicher Weise an den Beinkleidern entflammbar. So ist auch dem Bedürfnis und der Sitte derjenigen Volksschichten Rechnung getragen, welche die Verwendung von Schachteln zurückweisen und die Hölzchen lose in ihrer Tasche tragen wollen. Auch in letzterer Beziehung verdienen die neuen Zündhölzchen vor den phosphorhaltigen den Vorzug, weil sie sich nicht so leicht wie diese durch Aneinanderreiben entzünden.

Soweit sich bisher überblicken läßt, sind die Arbeiter bei der Herstellung und Verarbeitung des neuen Zündsalzgemisches keiner gesundheitlichen Gefahr ausgesetzt, es entwickeln sich hierbei keine gesundheitsschädlichen Stoffe, weder in Gas-, noch Dampf- oder Staubform, so daß die ausschließliche Verwendung der Riedelhölzer, wie wir sie kurz bezeichnen wollen, auch vom Standpunkte der gewerblichen Gesundheitspflege aufs wärmste empfohlen werden muß. Aus diesen Ausführungen geht unzweifelhaft hervor, daß die Technik bei der Fabrikation von Zündhölzchen jeder Phosphorverbindung, sicherlich des giftigen weißen oder gelben Phosphors entraten kann, und da auch das Vorgehen mehrerer Länder bewiesen hat, daß die Zündholzindustrie sich den veränderten Verhältnissen gut anpassen kann, so dürfen wir uns mit den Erfolgen der Berner Konvention keineswegs zufrieden geben. Sache der gesamten nationalen Sektionen für gesetzlichen Arbeiterschutz wird es sein, mit vermehrter Aufmerksamkeit das Auftreten von Phosphornekrose unter den Zündholzarbeitern zu verfolgen, entsprechend dem Beschlusse der Internationalen Vereinigung vom 29. September d. J. geeignete Sachverständige mit dieser Aufgabe zu betrauen und alle bekannt gewordenen Fälle dem Internationalen Arbeitsamte als der zuständigen Sammelstelle zu melden. Handelt es sich auch selbst nur um Hunderte von Arbeiterleben, die alljährlich vor Siechtum bewahrt bleiben, so dürfen wir doch nicht eher ruhen, bis auch diese Gefahr beseitigt ist, da bei dem jetzigen Stand der Technik jeder Fall

von Nekrose ein Verbrechen ist, das die Industrie an der Arbeiterschaft begeht. Nur der erste Spatenstich ist in Bern getan; wir müssen weiter graben und die noch harte Erde fleißig bearbeiten, bis endlich aus ihr die erhoffte Saat hervorsprießt.

Druckschriften-Einlauf.

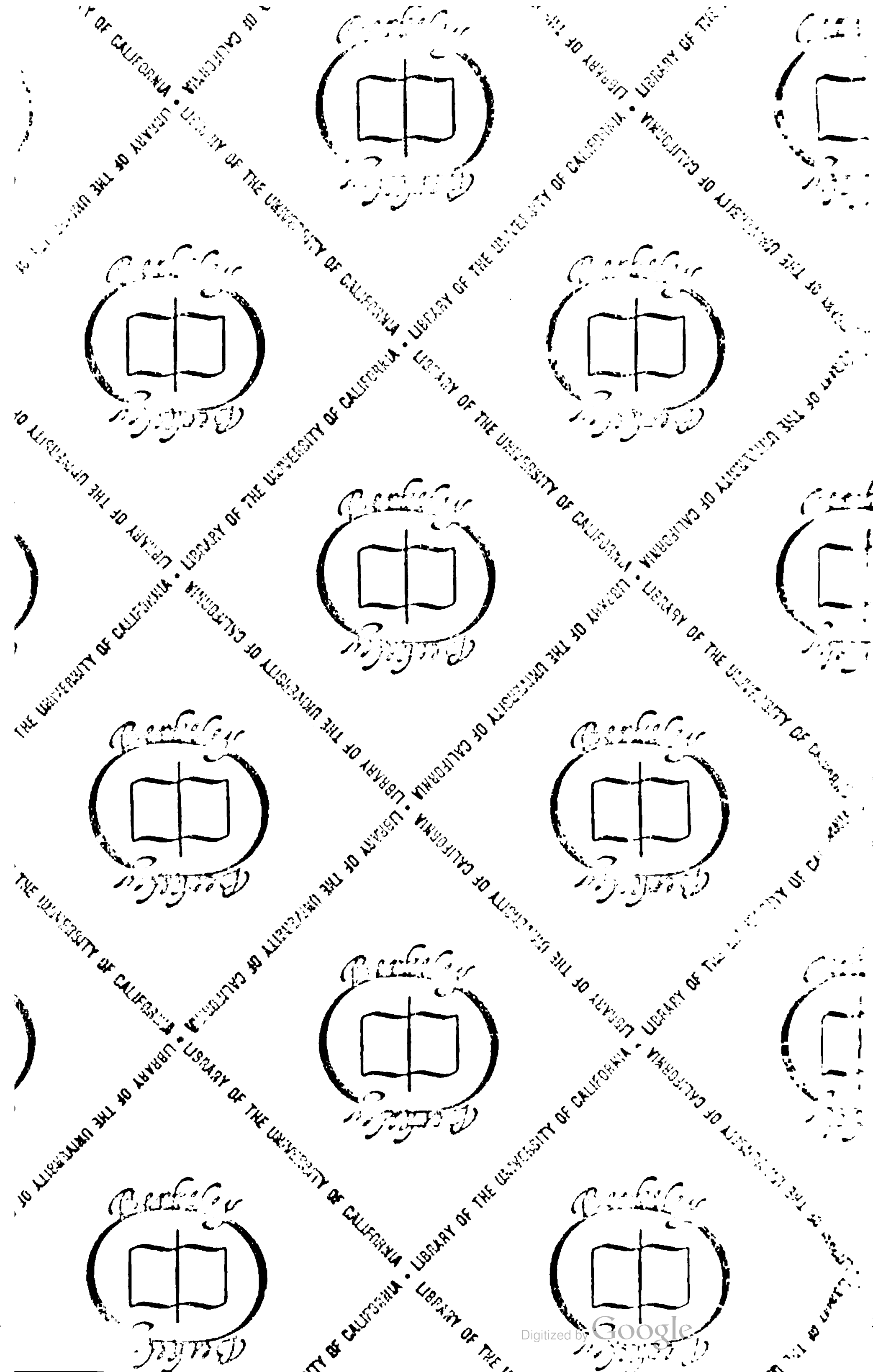
G. Temme, Die Säuglingssterblichkeit in Nordhausen. Nordhausen, Selbstverlag (0,30 M.). — G. Sobernheim, Leitfaden für Desinfektoren. Halle a. S. 1907, C. Marhold (0,40 M.). — E. Pietrzikowski, Die Begutachtung der Unfallverletzungen. 2 Bde., Berlin, Fischer's Medizin. Buchhandl. H. Kornfeld, 1904 u. 1907 (4,50 M. u. 13,00 M.). — A. Nuesch, Zur Tuberkulosefrage mit besonderer Berücksichtigung der Bekämpfung der Rindertuberkulose. St. Gallen 1907, L. Kirschner-Engler (2,50 M.). — L. Eisenstadt, Zur Würdigung und Vereinfachung der ärztlichen Begutachtung in der Krankenversicherung. Sonderabdr. aus Ärztl. Sachverständigen-Ztg., 1907, Nr. 5. — W. v. Kalckstein, Die im Deutschen Reiche erlassenen Vorschriften über Benutzung und über Beschaffenheit von Wohnungen. Bremen 1907, G. Winter. — M. Bollag, Die Verbreitung der Lungentuberkulose im Kanton Basellandschaft. Sonderabdr. aus Zeitschr. f. schweiz. Statistik, Jahrg. 1907. — E. Rumpf, Die Prognose der Lungentuberkulose. Sonderabdr. aus Deutsche Med. Wochenschr., 1907, Nr. 9. — H. Rohleder, Vorlesungen über Geschlechtstrieb und gesamtes Geschlechtsleben des Menschen. 2. Aufl., Berlin 1907, Fischer's Medizin. Buchhandl. (H. Kornfeld) (10,00 M.). — R. Sand, La Simulation et l'Interpretation des Accidents du Travail. Bruxelles 1907, H. Lamartin. — J. Bongardt, Die Naturwissenschaften im Haushalt. Aus Natur und Geisteswelt, 125. u. 126. Bändchen, Leipzig 1907, B. G. Teubner (2,50 M.). — P. Gerber, Die menschliche Stimme und ihre Hygiene. Aus Natur und Geisteswelt, 136. Bändchen, Leipzig 1907, B. G. Teubner (1,25 M.). — E. Pütter, Die Bekämpfung der Tuberkulose innerhalb der Stadt. Ein Beitrag zur Wohnungsfrage. Erfahrungen aus den Berliner Auskunfts- und Fürsorgestellen für Lungenkranke, Berlin 1907, R. Schoetz (0,60 M.). — H. Ferdy, Die Mittel zur Verhütung der Konzeption. Eine Studie für Ärzte und Geburtshelfer, 8. Aufl., Leipzig 1907, M. Spohr (2,40 M.). — Derselbe, Die Stellungnahme des Arztes gegenüber dem Verlangen nach Konzeptions-Verhütung im Volke. Die Mittel zur Verhütung der Konzeption, Teil II. Leipzig 1907, M. Spohr (1,00 M.). — F. Lorentz, Die Beziehungen der Sozialhygiene zu den Problemen sozialer Erziehung. Sonderabdr. aus Zeitschr. f. d. Erforschg. u. Behandlg. des jugendlichen Schwachsinns, I. Bd. — A. Celli, Antagonismi igienico-economici. Estratto dal „Ramazzini" Giornale Italiano di Medica Sociale, I, 1. — Erhebungen über die Arbeitszeit der in Plättanstalten und in nicht als Fabriken oder Werkstätten mit Motorbetrieb anzusehenden Waschanstalten beschäftigten Personen. Drucksachen des Kaiserl. Statistischen Amts, Abteilung für Arbeiterstatistik. Erhebungen Nr. 4, Berlin 1907, C. Heymann. — Die Regelung des Arbeitsverhältnisses bei Vergebung öffentlicher Arbeiten. Bearbeitet im Kaiserl. Statist. Amt, Abteilung für Arbeiterstatistik. Beiträge zur Arbeiterstatistik Nr. 6,

Berlin 1907, C. Heymann. — Verhandlungsbericht der IV. Generalversammlung des Komitees der Internationalen Vereinigung für gesetzlichen Arbeiterschutz in Genf vom 26.—29. September 1906. Jena 1907, G. Fischer. — H. Schwiening, Beiträge zur Kenntnis der Verbreitung der venerischen Krankheiten in den europäischen Heeren sowie in der militärpflichtigen Jugend Deutschlands. Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militärsanitätswesens, Heft 36. Hrsg. von der Medizinalabteilung des Königl. Preuß. Kriegsministeriums. Berlin 1907, A. Hirschwald. — C. Hamburger, Die neueren Arbeiten über die Stilling'sche Theorie. Sonderabdr. aus Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. XVII, H. 1. — J. Donath, Die Alkoholfrage in der österr.-ungar. gemeinsamen und Honvédarmee und in den ungarischen Sportsvereinen. Sonderabdr. aus Alkoholgegner, VI. Jahrg., Nr. 6. — J. Donath, Der Arzt und die Alkoholfrage. Sonderabdr. aus Wiener mediz. Wochenschr., 1907, Nr. 7—9. — M. Bollag, Tuberkulosebekämpfung und Krankenversicherung. Sonderabdr. aus Schweiz. Blätter für Wirtschafts- und Sozialpolitik, XIV. Jahrg., H. 19—20. — K. Boas, Über den gegenwärtigen Stand der Alkoholfrage. Sonderabdr. aus der Gesundheit in Wort und Bild, IV. Jahrg., H. 3. — O. Kunow, Die Heilkunde „Verdeutschung der entbehrlichen Fremdwörter aus der Sprache der Ärzte und Apotheker", V. Aufl. Berlin 1907, Verlag des Allg. Deutschen Sprachvereins (0,60 M.). — Erhebung über die Arbeitszeit der Gehilfen und Lehrlinge im Fleischergewerbe, II. Teil. Veranstaltet im Sommer 1905. Bearbeitet im Kaiserl. Stat. Amt, Abteil. f. Arbeiterstatistik und im Kaiserl. Gesundheitsamt. Berlin 1907, C. Heymann. — R. Lennhoff, Walderholungsstätten und Genesungsheime. Sonderabdr. aus D. Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege, XXXIX, 1. — K. W. F. Boas, Wie soll sich die Bekämpfung der Genußgifte in den breitesten Volksschichten gestalten? Sonderabdr. aus Zeitschr. f. Krankenpfl., 1907, Nr. 3. — Die Krankenversicherung im Jahre 1904. Bearbeitet im Kaiserl. Stat. Amt (Referent: P. Mayet), Berlin 1907, Puttkammer & Mühlbrecht (5,00 M.). — L. Becker, Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigen-Tätigkeit für die Unfall- und Invaliditäts-Versicherungs-Gesetzgebung, 5. neubearb. u. vermehrte Aufl. Berlin 1907, R. Schoetz (14,00 M.). — A. Pfeiffer, XXII. Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene, Jahrg. 1904. Braunschweig 1907 (14,00 M.). — A. Rabe, Ärztliche Wirtschaftskunde mit besonderer Rücksicht auf Buchführung, Gebührenwesen und soziale Gesetzgebung. Leipzig 1907, Dr. Werner Klinkhardt (6,00 M.). — K. Schneider, Das preußische Gesetz betr. die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Breslau, J. U. Kern (Max Müller) (5,C0 M.). — L. Ascher, Die Rauchbekämpfung in England und Deutschland. Sonderabdruck aus D. Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspfl. — L. Lewin, Die Grundlagen für die medizinische und rechtliche Beurteilung des Zustandekommens und des Verlaufs von Vergiftungs- und Infektionskrankheiten im Betriebe. Sonderabdr. aus den Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts, 1907, Nr. 5. — M. Fiebig, Rachitis als eine auf Alkoholisation und Produktionserschöpfung beruhende Entwicklungsanomalie der Bindesubstanzen. Sonderabdr. aus Beiträge z. Kinderforschung und Heilerziehung, H. XXVIII, Langensalza 1907, H. Beyer & Söhne (0,75 M.). — Drucksachen des Beirats für Arbeiterstatistik. Verhandlungen, Nr. 17. — Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin. 30. Jahrgang enthaltend die Statistik des Jahres 1905 (zum Teil auch 1906). Hrsg. von H. Silbergleit. Berlin 1907, P. Stankiewicz. — D. Rothschild, Die Stellung der offenen Kurorte im Kampfe gegen die Tuberkulose. Sonderabdr. aus Berl. klin. Wochenschr., 1907, Nr. 16.

— W. Hanauer, Der Gang der Sterblichkeit in Frankfurt a. M. vom Mittelalter bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts. — Die Gebarung und die Ergebnisse der Krankheitsstatistik der nach dem Gesetz vom 30. März 1888, RGBl. Nr. 23, betr. die Krankenversicherung der Arbeiter, eingerichteten Krankenkassen im Jahre 1904. Wien 1907, K. k. Hof- und Staatsdruckerei. — Die Gebarung und die Ergebnisse der Unfallstatistik der im Grunde des Gesetzes vom 28. Dezember 1887 (RGBl. Nr. 1 ex 1888), betr. die Unfallversicherung der Arbeiter, errichteten Arbeiter-Unfallversicherungsanstalten im Jahre 1904. Wien 1907, K. k. Hof- und Staatsdruckerei. — L. Lewin, Protection des ouvriers dans les industries toxiques. Projet de préservation par l'enseignement. Extrait des Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale, 1907, Avril. — L. Laquer, Der Warenhausdiebstahl. Halle 1907, C. Marhold (1,00 M.). — J. Burns, Arbeit und Trunk, Vortrag. Wien 1907, Brüder Suschitzky (0,40 M.). — L. Knöpfel, Über die spezifische Sterblichkeit der beiden Geschlechter. Sonderabdr. aus dem Allg. Stat. Archiv, VII. Bd., 1. Halbband. Tübingen 1907. — Enseignement public et privé 1903 et 1904 (et 1905 en partie). Communications statistiques publiées par le Bureau municipal de Statistiques d'Amsterdam. Amsterdam 1907, J. Müller. — Ungarisches Statistisches Jahrbuch. N. F., XIII. Bd., 1905. Im Auftr. des kgl. ungar. Handelsministers verfaßt und herausgegeben vom kgl. ungar. statist. Zentralamt. Budapest 1907 (5,00 Kr.). — Volkszählung in den Ländern der Ungar. Krone im Jahre 1900. VI. Teil. Einige Details der Berufstätigkeit der Bevölkerung, ferner Statistik der Unternehmungen. Budapest 1906 (6,00 Kr.). — Dasselbe, VII. Teil. Berufstätigkeit der Bevölkerung kombiniert mit den wichtigeren demographischen Angaben. Im Auftr. d. kgl. ungar. Handelsministers verf. u. hrsg. v. kgl. ungar. statist. Zentralamt. Budapest 1906 (4,00 Kr.). — — Mortalitätstafel der Länder der Ungarischen Krone auf Grund der Volkszählungsangaben vom Jahre 1900 und der Volksbewegungsangaben für die Jahre 1900 und 1901. Im Auftr. d. kgl. ungar. Handelsministers verf. u. hrsg. v. kgl. ungar. statist. Zentralamt. Budapest 1906 (5,00 Kr.). — Meinert, Die „Trinkfestigkeit" vom ärztlichen Standpunkt aus. Sonderabdr. aus der Alkoholfrage, IV, H. 1. — Krankenkassen und freie Arztwahl. Erwiderung auf die Denkschrift der Handelskammer M.-Gladbach vom 28. Februar 1907 vom Vertrags-Ausschuß der Ärzte von M.-Gladbach und Umgegend. — Erhebung über die Arbeitszeit im Binnenschiffahrts-Gewerbe. Bearb. im Kaiserl. Statist. Amt. Abteil. f. Arbeiterstatistik, Erhebungen Nr. 7. — Jahresbericht des Vereins Säuglingsschutz in Wien für das Jahr 1906. Wien 1907, Verlag des Vereins. — Jahresbericht der Gesellschaft zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in Berlin über das Jahr 1905. — H. Stadelmann, Das nervenkranke Kind in der Schule. Magdeburg 1907, Faber'sche Buchdruckerei (0,50 M.). — K. Singer, Die Bevölkerungsbewegung in München im Jahre 1906 im Vergleich mit den Vorjahren. Statistisches Amt der Stadt München. — W. Weinberg, Die familiäre Belastung der Tuberkulösen und ihre Beziehungen zu Infektion und Vererbung. Sonderabdr. aus Brauer's Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, VII, 3. — F. Lorentz, Wohnungsnot und Schulhygiene. Sonderabdr. aus Das Schulzimmer. V. 1. — G. Heymann, Das tuberkulöse Weib in der Schwangerschaft und der Arzt. Sonderabdr. aus Medizinische Klinik, 1907, Nr. 19. — E. Neter, Muttersorgen und Mutterfreuden. Wie erhalten wir unsere kleinen Kinder gesund? Verlag der Ärztl. Rundschau (O. Gmelin), München 1907 (1,20 M.). — G. Vorberg, Freiheit oder gesundheitliche Überwachung der Gewerbsunzucht? Verlag der

Ärztl. Rundschau (O. Gmelin), München 1907 (1,50 M.). — Der Alkoholismus. Seine Wirkungen und seine Bekämpfung. Hrsg. vom Zentralverband zur Bekämpfung des Alkoholismus in Berlin. Aus Natur und Geisteswelt, 145. Bändchen, Leipzig 1906, B. G. Teubner (1,25 M.). — A. Kohn, Unsere Wohnungs-Enquete im Jahre 1906. Berlin 1907, Verlag der Ortskrankenkasse für den Gewerbebetrieb der Kaufleute, Handelsleute und Apotheker. — Geschäftsbericht der Ortskrankenkasse für den Gewerbebetrieb der Kaufleute, Handelsleute und Apotheker, 1906. — Nietner, Der Stand der Tuberkulose-Bekämpfung im Frühjahr 1907. Berlin 1907, Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose. — E. Rumpf, Prophylaxe oder Therapie der Lungentuberkulose? Sonderabdr. aus Zeitschr. f. Tuberkulose, Bd. IX, H. 1. — Ensch, L'hygiène et le droit. Extrait de la Revue de l'Université de Bruxelles. Mai-juin 1907. — L. Lewin, Die Grundlagen für die medizinische und rechtliche Beurteilung des Zustandekommens und des Verlaufs von Vergiftungs- und Infektionskrankheiten im Betriebe. Berlin 1907, C. Heymann (0,80 M.). — Soweit die eingesandten Publikationen aus Platzmangel in der „Zeitschrift für Soziale Medizin“ nicht besprochen werden können, werden sie im „Jahresbericht über Soziale Hygiene“, hrsg. von A. Grotjahn und F. Kriegel, der alljährlich im Juni erscheint, eine Besprechung finden. Daselbst vgl. auch Chronik, Kongresse, Gesetzestafel und vollständige Bibliographie der Sozialen Hygiene und der Sozialen Medizin.

Namenverzeichnis.


LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Berkeley
Digitized by Google

